

Percurso de Cuidados Integrados

Pessoa com
Obesidade

2025

Percurso de Cuidados Integrados

Pessoa com
Obesidade

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
PERCURSO DE CUIDADOS INTEGRADOS PARA A PESSOA COM OBESIDADE
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, (2025).

PALAVRAS-CHAVE

Obesidade, Equipa Multidisciplinar da Obesidade, Tratamento Não Cirúrgico da Obesidade, Tratamento Cirúrgico da Obesidade

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

Divisão de Planeamento e Melhoria da Qualidade - Departamento da Qualidade na Saúde – Direção-Geral da Saúde

Lisboa, maio 2025

Este documento, coordenado pela Divisão de Planeamento e Melhoria da Qualidade da Saúde do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, liderado por Carla Pereira com apoio da Maria João Gregório na qualidade de Diretora do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, apresenta uma visão integradora das diferentes dimensões de intervenção preventiva e terapêutica no tratamento da pessoa com obesidade, no contexto do sistema de saúde português.

Trata-se de uma proposta estruturada de Percurso de Cuidados para a Pessoa com Obesidade, construída com base na evidência científica, na experiência acumulada dos profissionais de saúde e na articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados, com o objetivo de promover intervenções eficazes, humanizadas e centradas na pessoa.

A elaboração deste documento contou com a colaboração ativa de um conjunto alargado de peritos, cuja competência técnica, experiência e dedicação foram determinantes para a construção desta proposta.

Agradecemos, de forma especial, aos peritos que colaboraram diretamente na redação do documento, nomeadamente: Álvaro Pereira da Silva, Ana Casaca, Ana Trovisqueira, António Pedro Leite, Barbara Aguiar, Bruno Almeida, Carlos Costa Almeida, Carlos Moreira, Cristina Ribeiro, Clara Rodrigues, Diana Teixeira, Flora Correia, Graça Raimundo, Helena Cardoso, Ilídia Duarte, Inês Castela, Isabel Brandão, John Preto, José Camolas, José Silva Nunes, Liliana Campos, Maria Manuel Pires, Manuel Carvalho, Manuela Oliveira, Margarida Siopa, Miguel Correia, Patrícia Nunes, Paula Freitas, Rosário Monteiro, Rute Moura Pires, Sara Vaz Rodrigues, Sertório Timóteo e Sofia Ferreira.

Paralelamente, no âmbito do processo de auscultação institucional, foram ouvidas diversas ordens profissionais e entidades do sector da saúde, cujos contributos enriqueceram e validaram o percurso proposto. As entidades auscultadas incluem: Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Nutricionistas, Ordem dos Psicólogos Portugueses, Ordem dos Fisioterapeutas, Ordem dos Assistentes Sociais, Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS), INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e a Associação Portuguesa de Pessoas que vivem com Obesidade (ADEXO).

A todos, o nosso profundo agradecimento pelo empenho, conhecimento e compromisso em prol da melhoria contínua dos cuidados prestados às pessoas com obesidade.

Índice

SIGLAS/ACRÓNIMOS	6
RESUMO	7
SUMMARY	8
SUMÁRIO EXECUTIVO	9
ENQUADRAMENTO	10
PERCURSO DE CUIDADOS INTEGRADOS PARA A PESSOA COM OBESIDADE	14
PESSOA NO CENTRO DOS CUIDADOS	14
EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA OBESIDADE	18
TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA OBESIDADE	21
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE	24
ESPECIFICIDADES DAS INSTALAÇÕES, ESPAÇOS DE CONSULTA E EQUIPAMENTOS	27
INDICADORES DE ESTRUTURA E RESULTADOS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO 1. Classificação do IMC em idade adulta	32
ANEXO 2. Classificação do IMC em crianças e adolescentes	33
ANEXO 3. IMC, perímetro da cintura, razão cintura-anca e risco cardiometabólico	34
ANEXO 4. Critérios para diagnóstico de obesidade clínica relativos aos sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva no adulto e em crianças e adolescentes	38
ANEXO 5. Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento Modelo de Prochaska	40
ANEXO 6. Modelo dos 5Rs	41
ANEXO 7. Critérios para o diagnóstico de obesidade sarcopénica	42
ANEXO 8. Modelo dos 5As	44
ANEXO 9. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	45
ANEXO 10. Fluxograma do Percurso de Cuidados Integrados para o tratamento da obesidade	49
ANEXO 11. Competências da Equipa Multidisciplinar da Obesidade	51
ANEXO 12. Referenciação para TNCO - Adulto	79
ANEXO 13. Referenciação para TNCO - Crianças e adolescentes	81
ANEXO 14. Fármacos para a obesidade aprovados pela Agência Europeia do Medicamento	82
ANEXO 15. Critérios de sucesso e insucesso terapêutico do TNCO	84
ANEXO 16. Comorbilidades a considerar na referenciação para TCO	86
ANEXO 17. Procedimentos Cirúrgicos da Obesidade	90
ANEXO 18. Critérios de referenciação de pessoas com obesidade para Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos, que foram previamente submetidas a cirurgia da obesidade	92
ANEXO 19. Indicadores de estrutura e resultados	95

SIGLAS/ACRÓNIMOS

CSP	Cuidados de Saúde Primários
CH	Cuidados de Saúde Hospitalares
DALY	<i>Disability-adjusted life year</i> – Anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade
DEXA	Densitometria de Dupla Energia
EASO	<i>European Association for the Study of Obesity</i>
EMO	Equipa Multidisciplinar da Obesidade
FAP	Fração Atribuível Populacional
IMC	Índice de Massa Corporal
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Plano Individual de Cuidados
TCO	Tratamento Cirúrgico da Obesidade
TI	Tempo de intervenção
TNCO	Tratamento Não Cirúrgico da Obesidade

RESUMO

O que é este documento?

Este documento apresenta o Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade, conforme estabelecido pelo Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro [1]. Ele define um percurso de cuidados integrados para o diagnóstico diferencial e tratamento da obesidade, garantindo um acompanhamento eficaz e multidisciplinar nos diferentes níveis de cuidados de saúde, visando assim melhorar a equidade, qualidade e segurança no tratamento de pessoas com obesidade.

O que consta do documento?

Enquadramento epidemiológico: Relevância da obesidade como problema de saúde pública em Portugal.
Percurso de cuidados integrados: Identificação e Avaliação Inicial nos Cuidados de Saúde Primários, Diagnóstico Diferencial da Obesidade, Intervenções Terapêuticas Baseadas na Evidência e no Diagnóstico Diferencial da Obesidade, e Monitorização dos Resultados Terapêuticos.

Quais são as principais conclusões?

A obesidade é um desafio de saúde pública, com impacto significativo no estado de saúde, qualidade de vida e bem-estar da população e nos sistemas de saúde.

A obesidade deve ser tratada como uma doença crónica, exigindo identificação e intervenção precoces, baseada numa abordagem multidisciplinar.

O diagnóstico diferencial da obesidade é essencial e permite a definição da melhor abordagem terapêutica.

A estruturação do percurso de cuidados integrados melhora a eficiência, o acesso, a segurança e a qualidade dos cuidados.

A obesidade exige uma resposta integrada e coordenada e a adoção de estratégias personalizadas de nutrição, atividade física, farmacoterapia e cirurgia, contribuindo para resultados mais eficazes e sustentáveis.

A monitorização contínua do estado de saúde da pessoa com obesidade é essencial para prevenir recaídas e promover a adesão ao tratamento.

O que se quer atingir?

- **Redução da prevalência da obesidade** por meio da definição de uma resposta integrada, multidisciplinar e transversal a todos os níveis de cuidados de saúde para o tratamento da obesidade, garantindo a identificação e a intervenção precoces.
- **Melhoria da resposta dos serviços de saúde**, garantindo equidade no acesso ao tratamento.
- **Aumento da eficácia terapêutica**, através da padronização dos cuidados e do reforço das Equipas Multidisciplinares da Obesidade.
- **Integração de cuidados** entre os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e equipas especializadas, garantindo uma abordagem coordenada.
- **Monitorização e avaliação contínua** dos resultados terapêuticos, utilizando indicadores de desempenho para monitorizar o impacto das intervenções.

SUMMARY

What is this document?

This document presents the Integrated Care Pathway for People with Obesity, as established by Order No. 12634/2023, of 11 December [1]. It defines an integrated care pathway for the differential, diagnosis, and treatment of obesity, ensuring effective and multidisciplinary follow-up at different levels of healthcare. The aim is to improve equity, quality and safety in the treatment of people living with obesity.

What can I find in this document?

Epidemiological context: The significance of obesity as a public health issue in Portugal.

Integrated care pathway: Identification and Initial Assessment in Primary Healthcare; Risk Stratification to determine the most appropriate intervention; Evidence-Based Therapeutic Interventions, including lifestyle changes, pharmacotherapy, and surgery; Monitoring and follow-up to track progress and prevent relapses.

What are the main conclusions?

Obesity is a public health challenge with a significant impact on health status, quality of life and well-being of the population, as well as on healthcare systems.

Obesity should be treated as a chronic disease requiring early intervention and intervention based on a multidisciplinary approach.

A differential diagnosis of obesity is essential and allows for the definition of the most appropriate therapeutic approach.

Structured care pathways improve efficiency, accessibility, safety and quality of care.

Personalised strategies, including nutrition, physical activity, pharmacotherapy, and surgery, contribute to more sustainable outcomes.

Continuous monitoring of people at risk of obesity is essential to prevent relapses and promote treatment adherence.

What do we aim?

- **Reduction in obesity** prevalence through the establishment of an integrated, multidisciplinary response at all levels of healthcare for the treatment of obesity, ensuring early identification and intervention.
- **Improvement of healthcare service responses**, ensuring equity in access to treatment.
- **Enhance therapeutic effectiveness** by standardising care and strengthening Multidisciplinary Obesity Teams.
- **Integrate care** between CSP, hospital care, and specialised teams, ensuring a coordinated approach.
- **Continuous monitoring and evaluation**, using key performance indicators to measure the impact of interventions.

SUMÁRIO EXECUTIVO

A obesidade representa um dos principais desafios de saúde pública a nível global, exigindo uma resposta prioritária dos serviços de saúde. Em Portugal, mais de 50% da população adulta apresenta excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) [2, 3], enquanto o excesso de peso infantil, em 2022 atingia 31,9% das crianças [4]. Controlar a crescente epidemia de obesidade é essencial para alcançar as Metas Nutricionais Globais para 2025 e contribuir para a meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que visa reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2030 [5], bem como a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção e controlo das doenças crónicas relativa ao controlo do crescimento da obesidade até 2025 e posteriormente alargada até 2030 [6].

Este documento normativo estabelece um modelo clínico-organizativo que visa a uniformização de práticas assistenciais, desde a identificação e diagnóstico diferencial da obesidade até à monitorização contínua dos resultados em saúde, promovendo a articulação efectiva entre os diversos níveis de prestação de cuidados. A estrutura preconizada privilegia a actuação coordenada entre cuidados de saúde primários, hospitalares e especializados, através da implementação de Equipas Multidisciplinares da Obesidade (EMO), com competência técnica para a avaliação, intervenção e seguimento longitudinal de pessoas com obesidade ou em risco aumentado.

O percurso enfatiza a importância de um diagnóstico clínico sustentado em critérios antropométricos, funcionais e metabólicos, complementado por avaliação laboratorial e psicossocial, permitindo o diagnóstico diferencial da obesidade e a definição de planos terapêuticos personalizados. Estão contempladas intervenções multidisciplinares no âmbito do Tratamento Não Cirúrgico da Obesidade (TNCO), bem como critérios clínicos rigorosos para acesso ao Tratamento Cirúrgico da Obesidade (TCO), em conformidade com as directrizes internacionais mais recentes.

A implementação deste percurso pressupõe a monitorização contínua através de indicadores de estrutura, processo e resultado, assegurando a avaliação da eficácia terapêutica, da adesão ao tratamento e da qualidade dos cuidados prestados. O modelo proposto visa reduzir a prevalência da obesidade, mitigar as suas repercussões clínicas e económicas, e reforçar a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde, em consonância com os compromissos assumidos por Portugal no âmbito do *WHO Acceleration Plan to Stop Obesity*.

Assim, o Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade representa um instrumento técnico e estratégico fundamental para a reorganização dos serviços de saúde, promovendo uma abordagem baseada na melhor evidência disponível, centrada na continuidade e na integração dos cuidados, com vista à optimização dos ganhos em saúde da população.

ENQUADRAMENTO

A obesidade é uma doença crónica e complexa, caracterizada por um excesso de adiposidade com impacto negativo na saúde que resulta de múltiplos fatores que incluem ambientes obesogénicos, fatores psicossociais e predisposição genética [7].

A obesidade é um dos principais desafios de saúde pública a nível global, devido à sua elevada incidência e associação com doenças crónicas como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e doenças oncológicas. Além do impacto na saúde individual, a obesidade gera custos económicos e sociais significativos, exigindo uma resposta coordenada e eficaz dos serviços de saúde.

Em Portugal, mais de 50% da população adulta apresenta excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) [2, 3]. A obesidade infantil é também uma preocupação, estimando-se uma prevalência de excesso de peso de 31,9% das crianças em 2022 [4]. Controlar a crescente epidemia de obesidade é uma das Metas Nutricionais Globais para 2025 (para crianças com menos de 5 anos) e um dos objetivos da meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que visa reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2030 em adolescentes e adultos [5, 8], bem como a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção e controlo das doenças crónicas relativa ao controlo do crescimento da obesidade até 2025 e posteriormente alargada até 2030 [6]. De acordo com as projeções da OMS, sem intensificar as ações de prevenção e controlo da obesidade, Portugal dificilmente conseguirá alcançar a meta relativa ao não crescimento do excesso de peso até 2025 [9].

A obesidade, enquanto doença crónica e fator de risco para outras patologias altamente prevalentes em Portugal, como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças oncológicas, contribui significativamente para a carga da doença no país. De acordo com os dados mais recentes do estudo *Global Burden of Disease*, de 2021, o excesso de peso representa 7,5% da mortalidade e é o segundo fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudáveis (7,4% dos DALYs). A análise das tendências dos últimos anos revela que o excesso de peso foi o fator de risco com o maior aumento na sua contribuição para a carga da doença em Portugal. Entre 2000 e 2021, a mortalidade associada ao excesso de peso cresceu 14% e a perda de anos de vida saudáveis cresceu 28% [10, 11]. Este problema afeta diretamente a qualidade de vida e o bem-estar da população, gerando custos elevados para indivíduos, serviços de saúde e a sociedade em geral.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estima que 10% da despesa total em saúde em Portugal (equivalente a 207€ per capita por ano) é destinada ao tratamento de doenças relacionadas com o excesso de peso. Esta percentagem é superior à média dos países da OCDE, e os custos da obesidade representam um impacto de 3% no Produto Interno Bruto (PIB) [12].

Em 2018, um estudo intitulado "O custo e a carga do excesso de peso e da obesidade em Portugal" (continental) estimou os custos e o impacto socioeconómico da obesidade, calculando a proporção atribuível de 25 doenças relacionadas com o excesso de peso. Este estudo revelou que os custos de saúde associados ao excesso de peso (incluindo obesidade) representam cerca de 1,15 milhões de euros, o que corresponde a 0,6% do PIB e 5,8% das despesas de saúde. Relativamente às frações atribuíveis às doenças relacionadas com a obesidade (FAP), a diabetes é a patologia mais impactada, com 79,4% dos casos diretamente atribuíveis ao excesso de peso (Tabela 1). Adicionalmente, e de acordo com este estudo, os custos diretos do tratamento da obesidade são significativamente inferiores aos custos das suas doenças associadas, representando apenas 13,3 milhões de euros [13].

Tabela 1. Fração atribuível do excesso de peso (incluindo obesidade) a outras doenças, em Portugal continental

	Doença	FAP, %
Diabetes		79,4%
Doenças cardiovasculares	Doença cardíaca isquémica	35,8%
	AVC isquémico	42,8%
	AVC hemorrágico	62,9%
	Cardiopatía hipertensiva	69,0%
	Fibrilhação auricular	21,0%
Doenças oncológicas	Neoplasia do esófago	22,1%
	Neoplasia colorretal	7,1%
	Neoplasia do fígado	14,0%
	Neoplasia da vesícula e das vias biliares	16,8%
	Neoplasia do pâncreas	5,5%
	Neoplasia da mama	1,8%
	Neoplasia do útero	37,5%
	Neoplasia do ovário	2,8%
	Neoplasia do rim	17,8%
	Neoplasia da tiroide	11,0%
	Mieloma múltiplo	6,0%
	Leucemias*	7,3%
Doenças músculo-esqueléticas	Osteoartrite da anca e do joelho	15,2%
	Gota	31,4%
Doenças do sistema nervoso	Doença de Alzheimer e outras demências	16,8%
	Depressão	19,9%
Doença renal crónica	Relacionada com a diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	38,7%
	Relacionada com a hipertensão	39,1%
	Relacionada com a glomerulonefrite	38,6%
	Outras causas inespecíficas	38,4%
Outras doenças	Doença da vesícula e das vias biliares	23,5%
	Asma brônquica	24,2%
	Cataratas	6,8%

*Incluindo leucemia linfocítica aguda, leucemia linfocítica crónica, leucemia mieloide aguda, leucemia mieloide crónica e outras.

Legenda: AVC, acidente vascular cerebral, FAP, fração atribuível populacional.

Fonte: Borges, M., et al. (2024) [13].

Atualmente, a resposta à obesidade no país é fragmentada, com metodologias heterogêneas e predominantemente centrada nos cuidados hospitalares. A necessidade de um modelo estruturado e integrado de cuidados é evidente, assegurando transições seguras entre os diferentes níveis de cuidados, garantindo abordagens personalizadas e sustentáveis.

O Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro, define um novo modelo de cuidados específicos para a obesidade, orientado para a reorganização dos serviços de saúde e reforço das ações de promoção da saúde, prevenção da obesidade, diagnóstico e referência precoce [1]. Este percurso de cuidados integrados prevê a integração de serviços existentes e a criação de novas respostas especializadas, com destaque para a implementação de Equipas Multidisciplinares da Obesidade (EMO) e uma melhor articulação entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados Hospitalares (CH).

A definição deste Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade insere-se nos esforços que Portugal está a desenvolver para intensificar a resposta à obesidade no âmbito do *WHO Acceleration Plan to STOP Obesity*. Portugal integra o *WHO Acceleration Plan to Stop Obesity*, estabelecido na 75ª Assembleia Mundial de Saúde em 2022 [14], tendo assumido, juntamente com um conjunto de países, o compromisso de acelerar a implementação de ações para a prevenção e controlo da obesidade. Neste contexto, Portugal acolheu em Lisboa, em janeiro de 2023, o primeiro *WHO European Regional Dialogue of the WHO Acceleration Plan to STOP Obesity* e o *Obesity management service delivery technical consultation workshop* que teve como objetivo finalizar o *WHO Health service delivery framework for prevention and management of obesity*, publicado pela OMS em maio de 2023 [15].

Este documento propõe um Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade, fundamentado em evidência científica, alinhado com as diretrizes da OMS [14-16] e com os modelos de cuidados para a resposta à obesidade implementados por países, como o Reino Unido [17], o Canadá [18], a Irlanda [19, 20] e a Austrália [21, 22]. Este percurso de cuidados integrados enfatiza a necessidade de intervenções precoces, acesso a tratamentos diferenciados e um acompanhamento estruturado e contínuo, promovendo ganhos de saúde e melhorando a qualidade de vida das pessoas com obesidade.

A implementação de um percurso de cuidados integrados requer o envolvimento tanto dos profissionais de saúde como dos gestores de saúde, de modo a tornar-se um processo ativo e dinâmico, que integra os contributos de todos. Deste modo, os percursos de cuidados integrados permitem melhores resultados em saúde e, simultaneamente, a redução dos custos inerentes à gestão da doença [23].

Assim, o Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade, pretende progredir no sentido da equidade, qualidade e segurança da pessoa com obesidade, integrando e rentabilizando serviços do sistema de saúde.

Com base nessas premissas, o percurso de cuidados integrados visa oferecer cuidados de saúde de precisão na identificação precoce, diagnóstico, tratamento e monitorização, fundamentados em evidência científica, além de garantir uma gestão centrada na pessoa ao longo dos diferentes níveis de cuidados de saúde.

Para o sucesso da implementação deste percurso de cuidados, é necessário ajustar o contexto psicossocial e de multimorbilidade da pessoa com obesidade, o que exige a discussão partilhada de decisões, objetivos, procedimentos e metas a monitorizar, bem como a adequada gestão de informação em rede no âmbito do Sistema de Saúde. Integrando os recursos multidisciplinares nos CSP, CH, serviços convencionados e parceiros sociais, o percurso de cuidados integrados é baseado numa resposta integrada para a pessoa com obesidade [24].

ENQUADRAMENTO

As principais metas deste percurso incluem:

- **Redução da prevalência da obesidade** por meio da definição de uma resposta integrada, multidisciplinar e transversal a todos os níveis de cuidados de saúde para o tratamento da obesidade, garantindo a identificação e a intervenção precoces;
- **Melhoria da resposta dos serviços de saúde**, garantindo equidade no acesso ao tratamento;
- **Aumento da eficácia terapêutica**, através da padronização dos cuidados e do reforço das EMO;
- **Integração de cuidados** entre os CSP, CH e equipas especializadas, garantindo uma abordagem coordenada;
- **Monitorização e avaliação contínua** dos resultados terapêuticos, utilizando indicadores de desempenho de forma a compreender o impacto deste percurso.

PERCURSO DE CUIDADOS INTEGRADOS PARA A PESSOA COM OBESIDADE

PESSOA NO CENTRO DOS CUIDADOS

1. O Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Obesidade deve estar estruturado de forma personalizada e centrada na pessoa com obesidade, reconhecendo que a obesidade é uma doença multifatorial que exige uma abordagem integrada e individualizada, devendo ser adotadas as seguintes estratégias:
 - a. Participação ativa da pessoa com obesidade na definição de metas de tratamento, promovendo a capacitação e a adesão ao tratamento [20, 25, 26];
 - b. Co-construção do Plano Individual de Cuidados (PIC), com objetivos realistas e personalizados, adaptados ao contexto psicossocial, profissional e familiar da pessoa com obesidade [27, 28];
 - c. Integração de estratégias de literacia em saúde, garantindo que a pessoa com obesidade compreende os riscos associados à obesidade e as abordagens terapêuticas disponíveis [20, 29];
 - d. Promoção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e a pessoa com obesidade, utilizando uma linguagem acessível e empática, reduzindo o estigma associado ao excesso de peso [28, 30, 31];
 - e. Dinamização de redes de apoio, incluindo familiares, grupos comunitários e associações de pessoas com obesidade, para fortalecer a adesão ao tratamento e reduzir a taxa de abandono [17].
2. Este percurso deve ser iniciado nos CSP, com a identificação da pessoa com obesidade, não obstante essa identificação poder ser feita em qualquer nível de cuidados de saúde.
3. O diagnóstico da obesidade inclui [22, 31-34]:
 - I. Cálculo do IMC, cuja interpretação difere entre a idade adulta (Anexo 1) e a idade pediátrica (Anexo 2):
 - i. Nos adultos, a definição da obesidade, através dos critérios definidos pela OMS [35] (Anexo 1);
 - ii. Nas crianças e adolescentes, a definição da obesidade, através de categorias de IMC das curvas de crescimento da OMS, varia de acordo com idade e sexo [28, 36, 37] (Anexo 2);
 - iii. Para pessoas com elevada massa muscular e para pessoas idosas, o IMC pode não ser um indicador preciso, pelo que os resultados obtidos devem ser interpretados com precaução [22];
 - iv. A avaliação antropométrica no adulto deve seguir os procedimentos descritos na Orientação 017/2013 [38].
 - II. A confirmação do excesso de adiposidade deve incluir métodos adicionais [32]:
 - i. Parâmetros para a avaliação da distribuição da adiposidade [17, 20, 31-34, 39-41] (Anexo 3):
 - a. Perímetro da cintura;
 - b. Razão cintura-estatura;
 - c. Razão cintura-anca.
 - ii. Avaliação da adiposidade [32, 34, 42, 43]:
 - a. Bioimpedância;
 - b. DEXA scan (densitometria de dupla energia).
 - iii. Para a confirmação do excesso de adiposidade corporal deve privilegiar-se os parâmetros relativos à distribuição da adiposidade, uma vez que as condições adequadas para a realização

da bioimpedância não são frequentemente possíveis de assegurar em contexto de cuidados de saúde e porque a DEXA não está frequentemente disponível. Para o diagnóstico de obesidade sarcopénica, a bioimpedância pode ser usada desde que seja garantido o protocolo de preparação para a sua realização.

- III. Após a confirmação de excesso de adiposidade devem ser avaliados outros sinais e sintomas e/ou outros parâmetros que permitam identificar alterações de um ou mais órgãos ou sistemas relacionados com a adiposidade excessiva (Anexo 4).
 - i. Análises laboratoriais recomendadas para avaliação inicial [17, 19, 20, 22, 33, 44]:
 - a. Glicemia em jejum;
 - b. Hemoglobina glicada (HbA1c);
 - c. Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos);
 - d. Função hepática (ALT, AST, GGT) para avaliação de esteatose hepática;
 - e. Creatinina e taxa de filtração glomerular estimada (eTFG) para avaliar a função renal;
 - f. Albuminúria e razão albumina/creatinina na urina para deteção precoce de nefropatia.
 - ii. Avaliação dos comportamentos e estilo de vida [17, 20, 22, 31, 33, 34, 44]
 - a. História alimentar: padrões de consumo alimentar, ingestão energética, adequação nutricional e qualidade alimentar;
 - b. Nível de atividade física: frequência, tempo e intensidade da atividade física ou exercício praticado;
 - c. Avaliação da função muscular: força da preensão da mão e outros testes de funcionalidade e fragilidade;
 - d. Comportamento sedentário: dedicado a atividades sedentárias (TV, telemóvel, computador);
 - e. Qualidade do sono: identificação de padrões de insónia, sonolência diurna e suspeita de apneia do sono;
 - f. História familiar: presença de obesidade, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia na família.
 - iii. Avaliação do impacto psicossocial e motivação para a mudança [20, 33, 45, 46]:
 - a. Avaliação da motivação para a mudança através do modelo Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento de Prochaska [46] (Anexo 5).
 - b. Aplicação do modelo dos 5Rs para a intervenção motivacional da pessoa com obesidade (Anexo 6):
 1. Relevância: Identificar motivos pessoais para a mudança;
 2. Riscos: Informar sobre os riscos da obesidade;
 3. Recompensas: Destacar benefícios da perda de peso;
 4. Resistências: Explorar barreiras à mudança;
 5. Repetição: Reforçar a necessidade de acompanhamento contínuo.
 - c. Aplicação de questionários validados para rastreio de ansiedade, depressão e perturbações do comportamento alimentar.
 - iv. O diagnóstico diferencial da obesidade deve ser realizado para identificar possíveis causas secundárias de obesidade, nomeadamente [22, 31, 33, 44, 47]:
 - a. Endocrinopatias:
 - i. Hipotireoidismo;
 - ii. Síndrome de Cushing;

- iii. Hipogonadismo;
 - iv. Deficiência de hormona do crescimento.
- b. Obesidade monogénica ou sindrómica:
- i. Síndrome de Prader-Willi;
 - ii. Síndrome de Bardet-Biedl.
- c. Obesidade induzida por fármacos:
- i. Corticosteroides;
 - ii. Antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina);
 - iii. Antidepressivos (mirtazapina, amitriptilina).

4. Diagnóstico diferencial da obesidade

- a. Com base nos resultados da avaliação antropométrica, da composição corporal e de sinais e sintomas e/ou outros parâmetros que permitam identificar alterações de um ou mais órgãos ou sistemas relacionados com a adiposidade excessiva, a obesidade nos adultos deve ser classificada e registada de acordo com o seu impacto clínico [32]:
- I. Obesidade clínica nos adultos:
 - i. $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$; e
 - ii. Um dos seguintes critérios: perímetro da cintura $\geq 102 \text{ cm}$ nos homens e $\geq 88 \text{ cm}$ nas mulheres; razão cintura-estatura $>0,5$; razão cintura-anca $> 0,90$ nos homens e $>0,85$ nas mulheres; e
 - iii. Sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade ou limitações das atividades de vida diária ajustadas à idade (Anexo 4).
 - II. Obesidade clínica nas crianças e adolescentes:
 - i. Percentil do IMC $\geq P99$ (crianças até aos 5 anos) ou percentil do IMC $\geq P97$ (crianças dos 5 aos 18 anos), para a idade e sexo; e
 - ii. Um dos seguintes critérios: razão cintura-estatura $> 0,5$ ou o percentil do perímetro da cintura $>P90$ para a idade e sexo; e
 - iii. Sinais e sintomas de disfunção de um ou mais órgãos ou sistemas associados à adiposidade ou limitações das atividades de vida diárias ajustadas à idade (Anexo 4).
 - III. Obesidade pré-clínica nos adultos:
 - i. $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$; e
 - ii. Um dos seguintes critérios: perímetro da cintura $\geq 102 \text{ cm}$ nos homens e $\geq 88 \text{ cm}$ nas mulheres; razão cintura-estatura $>0,5$; razão cintura-anca $> 0,90$ nos homens e $>0,85$ nas mulheres.
 - IV. Obesidade pré-clínica nas crianças e adolescentes:
 - i. Percentil do IMC $\geq P99$ (crianças até aos 5 anos) ou percentil do IMC $\geq P97$ (crianças dos 5 aos 18 anos), para a idade e sexo; e
 - ii. Um dos seguintes critérios: razão cintura-estatura $> 0,5$ ou o percentil do perímetro da cintura $>P90$ para a idade e sexo.
 - V. Pré-obesidade com risco cardiometabólico aumentado nos adultos:
 - i. $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $<30 \text{ kg/m}^2$; e
 - ii. Um dos seguintes critérios: perímetro da cintura $\geq 102 \text{ cm}$ nos homens e $\geq 88 \text{ cm}$ nas mulheres; razão cintura-estatura $>0,5$; razão cintura-anca $\geq 0,90$ nos homens e $\geq 0,85$ nas mulheres; e/ou

- iii. Sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva (Anexo 4).
- VI. Pré-obesidade com risco cardiometabólico aumentado nas crianças e nos adolescentes:
- i. Percentil do IMC \geq P97 e $<$ P99 (crianças até aos 5 anos) ou IMC \geq P85 e $<$ P97 (crianças dos 5 aos 18 anos), para a idade e sexo; e
 - ii. Um dos seguintes critérios: razão cintura-estatura $>$ 0,5 ou o percentil do perímetro da cintura $>$ P75 e $<$ P90 para a idade e sexo; e/ou
 - iii. Sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva (Anexo 4).
- VII. A obesidade sarcopénica, nos adultos [42, 48] (Anexo 7):
- i. IMC \geq 30 kg/m²; e
 - ii. Fraqueza muscular identificada através da força de preensão da mão ou outros testes de funcionalidade e fragilidade; e
 - iii. Redução da massa muscular e adiposidade excessiva, de acordo com a DEXA scan ou bioimpedância.

5. Abordagem ao tratamento da obesidade

- a. Deve seguir um modelo estruturado, uniforme e replicável pelos diferentes profissionais de saúde nos diferentes níveis de cuidados. Para tal, recomenda-se a adoção do Modelo dos 5As (Abordar, Avaliar, Aconselhar, Apoiar e Acompanhar), como estratégia padronizada de intervenção [26, 49, 50] (Anexo 8).
 - I. Abordar os riscos associados à obesidade, as suas causas e abordar a disponibilidade para conversar sobre o excesso de adiposidade;
 - II. Avaliar a história clínica, diagnóstico da obesidade, as complicações associadas à obesidade e as causas de base da obesidade;
 - III. Aconselhar sobre os riscos da obesidade para a saúde e discutir os benefícios do tratamento da obesidade;
 - IV. Apoiar a definir um plano de cuidados e objetivos/metas a alcançar;
 - V. Acompanhar o progresso de mudança, em consulta ou em programas de monitorização remota, avaliando a necessidade de referência.
- b. Quando a pessoa com obesidade não mostra motivação em abordar o seu peso e iniciar uma intervenção para a mudança de estilos de vida e tratamento da obesidade, o profissional de saúde deve recorrer à intervenção motivacional dos 5Rs, de forma a ajudar a pessoa a reconhecer o problema e a considerá-lo suficientemente importante para contemplar a possibilidade para a mudança [51, 52] (Anexo 6).
- c. A utilização destes modelos deve ser incorporada nas consultas de vigilância e acompanhamento da obesidade, garantindo uma abordagem motivacional, promovendo o aumento da adesão ao tratamento e a mudança comportamental das pessoas com obesidade [50].

- d. Sempre que a pessoa com obesidade mostrar motivação em iniciar uma intervenção para a mudança de estilos de vida e tratamento da obesidade, o médico deve prescrever os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs) considerados pertinentes para o estudo da obesidade [17, 19, 20, 22, 33, 44] (Anexo 9).
- e. Após o diagnóstico da obesidade, cada unidade de CSP deve garantir a transição da pessoa com obesidade para a EMO, para assegurar uma abordagem terapêutica multidisciplinar e individualizada, ajustada ao diagnóstico diferencial da obesidade e motivação para a mudança [18, 20].

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA OBESIDADE

- 6. A EMO desempenha um papel essencial na prevenção, diagnóstico, tratamento não cirúrgico e cirúrgico e referência de pessoas com obesidade, garantindo uma abordagem coordenada e integrada entre os diferentes níveis de cuidados de saúde. Deve possuir autonomia organizacional, assegurando uma gestão eficiente e contínua dos cuidados prestados, promovendo equidade no acesso e otimização dos recursos.
 - a. Os critérios de Referência para a EMO são:
 - I. Pessoa com obesidade (pré-clínica, clínica ou sarcopénica); ou
 - II. Pessoa com pré-obesidade e risco cardiometabólico aumentado; e
 - III. Pessoa com motivação para a mudança.
 - b. A EMO é constituída por profissionais de saúde de diferentes níveis de cuidados [53], organizado em núcleos de intervenção, podendo partilhar os recursos humanos entre núcleos (Anexo 10):
 - I. Núcleo de Cuidados de Saúde Primários - Medicina Geral e Familiar mais Núcleo de Cuidados Transversais;
 - II. Núcleo de Cuidados Hospitalares - Medicina Interna e/ou Endocrinologia ou Pediatria mais Núcleo de Cuidados Transversais;
 - III. Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos - Cirurgia Geral, Medicina Interna e/ou Endocrinologia mais Núcleo de Cuidados Transversais;
 - IV. Núcleo de Cuidados Transversais - Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental, Atividade Física (Fisioterapia e/ou Medicina Física e Reabilitação) e Serviço Social, entre outras.
 - V. A composição mínima obrigatória da EMO, para diagnóstico diferencial da obesidade, decisão terapêutica e respetiva identificação do Núcleo de Cuidados que ficará responsável pelo acompanhamento deve incluir no mínimo 5 elementos, com representação de cada núcleo de intervenção.
 - c. **Atuação estruturada da EMO**
 - I. Todos os profissionais da EMO devem possuir formação específica na área da obesidade e desenvolver a sua atuação com base em modelos de intervenção específicos por perfil profissional (Anexo 11).

- II. A atuação da EMO deve ser suportada pela evidência científica, acessível e centrada na pessoa com obesidade, garantindo assim uma abordagem multidisciplinar, que assegure:
 - i. Diferenciação entre idade adulta e a idade pediátrica:
 - a. Adultos: abordagem personalizada, incluindo intervenção nutricional, plano de atividade física, tratamento ou controlo de comorbilidades e, quando indicado, tratamento cirúrgico;
 - b. Crianças e adolescentes: abordagem terapêutica com integração da família incluindo promoção da alimentação saudável e da atividade física, tratamento e controlo de comorbilidades, com adaptação da abordagem ao desenvolvimento psicossocial e crescimento. Para adolescentes a partir dos 15 anos, quando indicado, o tratamento cirúrgico.
 - ii. Avaliação, com recolha de história clínica, avaliação antropométrica, identificação de comorbilidades e fatores de risco;
 - iii. Diagnóstico, clínico, nutricional, capacidade física, psicológico/comportamental, social com registo adequado no processo clínico;
 - iv. Definição de estratégias terapêuticas personalizadas, de acordo com as necessidades individuais;
 - v. Definição de objetivos terapêuticos e de seguimento regular para monitorização de progressos;
 - vi. Identificação dos resultados esperados como:
 - a. Melhoria dos indicadores de saúde (perda de peso e redução da adiposidade excessiva, controlo de comorbilidades, melhoria da capacidade física funcional, qualidade de vida e bem-estar);
 - b. Adesão ao tratamento, assegurando que a pessoa com obesidade compreende e segue o plano estabelecido.
- III. Cada profissional deve dispor dos equipamentos adequados à sua área de atuação, incluindo instrumentos para avaliação, monitorização clínica e implementação de estratégias terapêuticas, nomeadamente:
 - i. Esfigmomanómetro, balança com bioimpedância, estadiómetro, craveira/métrica, computador, oxímetro portátil, cardiofrequencímetro, acelerómetro, cronómetro, dinamómetro de membro superior, fita métrica, inspirómetro.

d. Responsabilidades e funções da EMO:

- I. Definir o PIC, assegurando uma abordagem personalizada e multidisciplinar.
- II. Gerir o Tratamento Não Cirúrgico da Obesidade (TNCO), com acompanhamento nutricional, psicológico e no ajuste do plano de atividade física.
- III. Gerir o Tratamento Cirúrgico da Obesidade (TCO), quando indicado, assegurando a avaliação, otimização pré-operatória e seguimento pós-operatório.
- IV. Monitorizar a evolução clínica, através de reavaliações periódicas, permitindo ajustar o PIC.
- V. Promover a adesão ao tratamento e prevenção de recaídas, reforçando estratégias motivacionais e acompanhamento contínuo.

e. Responsabilidades e funções da Coordenação da EMO

- I. Garantir uma gestão eficiente e estruturada da equipa:
 - i. O coordenador deverá ter competência em coordenação e gestão em saúde.
- II. Receber e avaliar os casos referenciados para a EMO, assegurando a aplicação dos critérios de elegibilidade;
- III. Distribuir os utentes pelos núcleos de intervenção, de acordo com os critérios de referenciação estabelecidos no ponto 6a, garantindo um acompanhamento adequado e personalizado.

f. Resultados esperados para EMO

- I. Núcleo de Cuidados de Saúde Primários:
 - i. Adesão ao PIC;
 - ii. Perda de peso > 5% em 12 meses, nos adultos;
 - iii. Manutenção do peso e diminuição do percentil de IMC ajustado ao sexo e à idade, em crianças e adolescentes;
 - iv. Diminuição do perímetro da cintura em 12 meses.
- II. Núcleo de Cuidados Hospitalares:
 - i. Adesão ao PIC;
 - ii. Perda de peso > 5% em 12 meses, nos adultos;
 - iii. Manutenção do peso e diminuição do percentil de IMC ajustado ao sexo e à idade, em crianças e adolescentes;
 - iv. Diminuição do perímetro da cintura em 12 meses.
- III. Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos:
 - i. Adesão ao PIC;
 - ii. Perda de $\geq 50\%$ do excesso de peso em 3 anos;
 - iii. Estabilidade do peso corporal e do estado nutricional (variação de peso < 10% no último ano);
 - iv. Controlo de complicações médicas, cirúrgicas e psicopatológicas em 3 anos.
- IV. Núcleo de Cuidados Transversais:
 - i. Contribui para todos os resultados esperados descritos anteriormente; e
 - ii. Melhoria dos hábitos alimentares e adesão ao plano alimentar;
 - iii. Estabilização emocional e desenvolvimento de estratégias de *coping*;
 - iv. Aumento da funcionalidade e tolerância ao esforço;
 - v. Redução do impacto da obesidade na mobilidade funcional e postura;
 - vi. Prevenção da perda de massa muscular durante o processo de perda de peso;
 - vii. Promoção de um estilo de vida ativo e saudável;
 - viii. Promoção da resiliência emocional e da autogestão do peso;
 - ix. Desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com desafios sociais;
 - x. Promoção da autonomia alimentar e prevenção da recaída para padrões alimentares desajustados;
 - xi. Manutenção da perda de peso e prevenção da recuperação do peso perdido;
 - xii. Controlo das comorbilidades associadas à obesidade.

g. Monitorização e Avaliação da Qualidade da Intervenção da EMO

- I. Para garantir a qualidade, eficácia e continuidade do percurso de cuidados, a EMO deve implementar um sistema de indicadores de desempenho, permitindo a monitorização dos resultados clínicos e a adaptação das estratégias de intervenção. Os principais indicadores incluem:
 - i. Percentagem de pessoas adultas com obesidade que atingem uma perda de peso $\geq 5\%$ e percentagem de crianças e adolescentes com obesidade com manutenção do percentil de peso ou diminuição do percentil de IMC, ajustado ao sexo e à idade, ao fim de 12 meses de intervenção, avaliando a eficácia do tratamento;
 - ii. Taxa de adesão às consultas e ao seguimento multidisciplinar, garantindo a continuidade e sucesso da abordagem terapêutica;
 - iii. Redução da incidência de complicações metabólicas entre as pessoas com obesidade acompanhadas, assegurando um impacto positivo na sua saúde global;
 - iv. Nível de satisfação das pessoas com obesidade acompanhadas com o percurso de cuidados integrados prestado, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e a melhoria contínua dos serviços.

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

7. O TNCO consiste numa abordagem estruturada e multidisciplinar, centrada na modificação do estilo de vida (intervenção nutricional e plano de atividade física), apoio psicológico, terapêutica farmacológica (quando indicada) e monitorização da evolução clínica. Deve ser implementado pela EMO, garantindo um acompanhamento contínuo, de pelo menos 12 meses e ajustado às necessidades da pessoa com obesidade, independentemente da idade [17, 22, 44, 54].

a. Critérios de Referenciação para o TNCO

- I. A referenciação para o TNCO deve ser realizada de acordo com os critérios estabelecidos para o diagnóstico diferencial da obesidade e para cada faixa etária:
 - i. Núcleo de Cuidados de Saúde Primários: pessoas com obesidade clínica, com obesidade pré-clínica e com pré-obesidade com risco cardiometabólico aumentado e com obesidade sarcopénica;
 - ii. Núcleo de Cuidados Hospitalares: pessoas com obesidade clínica com comorbilidades não controladas e/ou com alterações endócrinas que justifiquem cuidados de saúde mais diferenciados (Anexo 12 e 13).

b. Abordagem TNCO

- I. Intervenção nutricional personalizada [17, 18, 20, 22, 44, 54].
- II. Plano de atividade física [17, 18, 20, 22, 44, 54].
- III. Intervenção psicológica e comportamental, orientada para promover a mudança comportamental e a adesão ao tratamento [17, 18, 20, 31, 44].
- IV. Terapêutica farmacológica, quando indicada, conforme as recomendações clínicas e o Resumo das Características do Medicamento (Anexo 14) e critérios de elegibilidade [18, 20, 31].
- V. Na pessoa adulta com obesidade, uma perda de peso de pelo menos 5% resulta em benefícios para a saúde, o que se constitui como um indicador de resultado para a efetividade do TNCO [18, 20, 31, 45].

- VI. Nas crianças e adolescentes com obesidade, a manutenção do percentil de peso ou diminuição do percentil de IMC, ajustado ao sexo e à idade constitui um indicador de resultado para a efetividade do TNCO [17, 22, 44].

c. Intervenção nutricional

- I. O tratamento da obesidade deve contemplar uma intervenção nutricional personalizada [17, 18, 20, 22, 26, 54-56].
- II. Não existe uma única abordagem nutricional efetiva para o tratamento da obesidade. A intervenção nutricional deve ser ajustada ao contexto e valores pessoais, história e preferências alimentares e outros fatores individuais, bem como aos objetivos de intervenção nutricional definidos, tendo em conta o diagnóstico diferencial da obesidade, a história clínica e as comorbilidades associadas [17, 18, 20, 22, 26, 54-56].
- III. A intervenção nutricional para a pessoa com obesidade não deve promover intervenções restritivas e nutricionalmente desequilibradas, uma vez que não demonstram eficácia terapêutica a longo prazo e porque podem apresentar riscos para a saúde. Deve basear-se sempre na promoção da melhoria da qualidade alimentar, de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável e nutricionalmente adequada e, ao mesmo tempo, na redução da ingestão energética [17, 18, 20, 22, 26, 54-56].
- IV. A intervenção nutricional para o tratamento da obesidade deve ser planeada de modo a promover uma adesão a longo prazo e com o objetivo de não só melhorar os parâmetros antropométricos (peso corporal, IMC e perímetro da cintura), mas também promover melhorias nos resultados clínicos (fatores de risco cardiometabólicos) [17, 18, 20, 22, 26, 54-56].
- V. Para as crianças e adolescentes, a intervenção nutricional deve incidir na promoção da melhoria da qualidade alimentar baseada nas recomendações para uma alimentação saudável e deve dirigir-se para o contexto familiar [17, 22, 28, 44, 54, 56].

d. Plano de atividade física:

- I. O Plano de atividade física desempenha um papel crucial no controlo da obesidade, especialmente em indivíduos com limitações funcionais, dor musculoesquelética ou outras comorbilidades. Deve ser adaptado às necessidades individuais, focando-se na melhoria da capacidade funcional, mobilidade, força muscular e redução da dor. Os componentes recomendados incluem [57]:
 - i. Exercícios aeróbicos adaptados, como caminhada ou ciclismo;
 - ii. Exercícios de fortalecimento muscular que envolvam os principais grupos musculares;
 - iii. Treino funcional para melhorar o equilíbrio, coordenação e atividades da vida diária;
 - iv. Educação sobre postura, ergonomia e estratégias de autogestão.
- II. Nos adultos, recomenda-se a prática de atividade física aeróbia (pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física de intensidade moderada; ou pelo menos 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente ao longo da semana) e de atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares (pelo menos 2 dias por semana) [58-60].
- III. Nas crianças, recomenda-se a prática de atividade física maioritariamente aeróbia (pelo menos uma média de 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa) e pelo menos

3 dias por semana a prática de atividades aeróbias de intensidade vigorosa, bem como atividades de fortalecimento muscular e ósseo [58]. A participação ativa dos pais ou cuidadores é fundamental para o sucesso do tratamento, promovendo mudanças sustentáveis no estilo de vida [61].

e. Intervenção psicológica [18, 20, 22, 62]:

- I. Em paralelo à intervenção nutricional e ao plano de atividade física, o tratamento da obesidade deve também incluir intervenções psicológicas, que podem assentar em estratégias comportamentais ou cognitivo-comportamentais que visem a identificação e intervenção nos fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção da obesidade, a avaliação e validação de experiências de vida, a mudança e monitorização de hábitos alimentares e atividade física, o controlo do stress, o controlo de estímulos, a gestão de barreiras, a reestruturação cognitiva e o apoio social.
- II. A intervenção psicológica para o tratamento da obesidade em idade pediátrica dirige-se ao contexto familiar e pretende ajudar a criar um contexto familiar que ajude as crianças e os seus cuidadores a realizar mudanças comportamentais que contribuam para a gestão da obesidade.
- III. A intervenção psicológica é importante para promover a mudança comportamental e para promover a adesão ao tratamento.

f. Tratamento farmacológico

- I. O tratamento farmacológico deve ser sempre acompanhado por intervenção nutricional, plano de atividade física e intervenção psicológica [17, 18, 20, 31].
- II. A resposta ao tratamento farmacológico pode variar entre indivíduos e ao longo do tempo, exigindo ajustes regulares na terapêutica. A seleção do tratamento deve considerar fatores críticos, como:
 - i. Mecanismo de ação do medicamento;
 - ii. Via de administração;
 - iii. Eficácia comprovada na redução de peso;
 - iv. Efetividade;
 - v. Eficiência;
 - vi. Presença de comorbilidades associadas;
 - vii. Perfil de efeitos adversos;
 - viii. Tolerabilidade;
 - ix. Dados sobre adesão e persistência no uso do medicamento.
- III. O tratamento farmacológico da obesidade, de acordo com as *guidelines* disponíveis, pode ser estruturado em três modelos principais de abordagem terapêutica:
 - i. Baseado no IMC – Recomendado pelas *guidelines* da ACC/AHA/TOS (2014) e *European Association for the Study of Obesity (EASO)* (2015) [34, 45];
 - ii. Baseado nas Complicações Relacionadas com a Obesidade – Recomendado pelas *guidelines* da AACE/ACE (2016) e *European Practical and Patient-Centred Guidelines* (2019) [31, 63];
 - iii. Baseado em Fenótipos e Comportamentos – Modelo mais recente adotado nas *guidelines* canadianas (2020) e irlandesas (2021), focado na personalização do tratamento [18, 19].
- IV. Os critérios clínicos de elegibilidade para terapêutica farmacológica (Anexo 14), são:
 - i. IMC ≥ 35 kg/m² com pelo menos uma comorbilidade associada à adiposidade excessiva, para a generalidade dos fármacos, considerando algumas exceções, tal como descrito na tabela do Anexo 14 [17];

- ii. Insucesso nas intervenções não farmacológicas após um período de 12 meses de acompanhamento multidisciplinar com intervenção nutricional, plano de atividade física e intervenção psicológica.
- V. A terapêutica farmacológica deve ser priorizada a pessoas com obesidade com maior risco cardiometabólico e cardiovascular em modelo de abordagem integrada e multidisciplinar (intervenção nutricional, plano de atividade física e intervenção psicológica), permitindo um acompanhamento estruturado e contínuo, com adaptações na terapêutica conforme a resposta individual [18, 20].
- VI. Após o tempo de intervenção (TI \geq 12 meses), mediante sucesso ou insucesso terapêutico (Anexo 15), a EMO deve discutir o PIC com a pessoa com obesidade [18, 20, 22, 45].

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

8. O TCO é uma opção terapêutica para pessoas com níveis mais graves de obesidade que não alcançaram sucesso com o TNCO, após o tempo de intervenção mínimo de 12 meses, e que apresentam critérios clínicos específicos, realizado pelo Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos, que atua tanto em adultos como em adolescentes, conforme os critérios estabelecidos.

a. Critérios de referência para o TCO:

- I. A referência para TCO deve ser de acordo com os critérios clínicos estabelecidos (Anexo 16):
 - i. Adultos [18, 20, 22, 34, 64, 65]:
 - a. IMC \geq 40 kg/m², com ou sem comorbidades;
 - b. IMC \geq 35 kg/m² com pelo menos uma comorbidade associada, em que a redução ponderal induzida pela cirurgia possa gerar um benefício clínico significativo, e sem sucesso com TNCO (perda de peso < 5%).
 - ii. Adolescentes (a partir dos 15 anos) [22, 44, 65, 66]:
 - a. IMC \geq 140% do percentil 95 ou IMC \geq 40 kg/m²;
 - b. IMC \geq 120% e < 140% do percentil 95 ou IMC \geq 35 kg/m², com pelo menos uma comorbidade, e sem sucesso com TNCO.
- II. Após avaliação multidisciplinar, não devem ser referenciadas para TCO as pessoas adultas que apresentem pelo menos uma das seguintes condições [65, 67]:
 - i. Patologia endócrina não compensada;
 - ii. Patologia psiquiátrica não compensada (ex.: psicoses, depressão major, bulimia);
 - iii. Comportamentos de adição ou dependência do álcool, hipnóticos, estupefacientes ou outras substâncias aditivas;
 - iv. Coagulopatias graves;
 - v. Incapacidade de adesão à intervenção nutricional, nomeadamente substituição vitamínica e mineral permanente;
 - vi. Gravidez ou impossibilidade de contraceção adequada nos dois anos seguintes à cirurgia;
 - vii. Que tiveram alta de uma unidade de obesidade e que têm IMC superior ao IMC que tiveram na data da alta;
 - viii. Não adesão ao plano de avaliação e cuidados terapêuticos pré-operatórios;
 - ix. Dificuldade na adesão aos cuidados pré e pós-operatórios e atividades de vida colocadas pela cirurgia da obesidade na ausência de cuidadores ou regime de maior acompanhado;

- x. Pessoas com indicação para intervenção multidisciplinar estruturada prévia e por iniciativa própria, não quiseram aderir ao plano intervenção individual.
- III. A pessoa com contraindicação para cirurgia da obesidade deve ser informada e esclarecida que pode retomar o seguimento com essa finalidade, após melhoria da situação clínica que contraindica a cirurgia. Até à resolução, a pessoa com obesidade deve manter seguimento no Núcleo de TNCO mais ajustado à sua condição, discutido e decidido em equipa multidisciplinar.
- IV. Após discussão e análise em equipa multidisciplinar para decisão terapêutica, não têm indicação de referenciação para TCO, os adolescentes que apresentem pelo menos uma das seguintes condições [65-68]:
- i. Patologia psiquiátrica não compensada;
 - ii. Doenças infecciosas em curso (tuberculose, infeção VIH não controlada, hepatite crónica, outras);
 - iii. Endocrinopatia não estudada ou mal controlada (disfunção tiroideia, Síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo);
 - iv. Comportamentos de adição ou dependência do álcool, hipnóticos ou estupefacientes;
 - v. Perturbação do comportamento alimentar (bulimia, *binge eating*, hiperfagia);
 - vi. Outras patologias que contraindiquem a cirurgia;
 - vii. Imunossupressão grave, patológica ou induzida;
 - viii. Incapacidade de adesão à intervenção nutricional, nomeadamente substituição vitamínica e mineral permanente;
 - ix. Gravidez ou impossibilidade de contraceção adequada nos dois anos seguintes à cirurgia;
 - x. Não ter capacidade cognitiva compatível com o entendimento e adesão adequados ao tratamento;
 - xi. Não adesão ao plano de avaliação e cuidados terapêuticos pré-operatórios e ao acompanhamento pós-operatório;
 - xii. Não ter apoio familiar e/ou social no processo de tratamento.
- V. O adolescente com contraindicação para cirurgia da obesidade e o seu representante legal devem ser informados e esclarecidos que podem retomar o seguimento com essa finalidade, após melhoria da situação clínica que contraindica a cirurgia. Até à resolução, o adolescente com obesidade deve manter seguimento no núcleo de TNCO mais ajustado à sua condição, discutido e decidido em equipa multidisciplinar.

b. Abordagem TCO

- I. O objetivo da abordagem TCO é a redução ponderal e a melhoria das comorbilidades associadas à obesidade, preparando a pessoa para uma eventual intervenção cirúrgica e garantindo uma abordagem sustentada da doença [65-67, 69-74].
- II. Os tipos de procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade devem ser considerados tendo em conta a relação benefício/risco entre o grau de restrição e a diminuição da absorção, ajustando-se à preferência individual da pessoa com obesidade.
- III. As cirurgias de reintervenção bariátrica após intervenção primária devem ser devidamente fundamentadas no processo clínico de acordo com a avaliação prévia de benefício/risco e partilhadas na reunião multidisciplinar da proposta de terapêutica cirúrgica [71].

- IV. Antes da cirurgia, a pessoa com obesidade deve ser submetida a uma avaliação pré-operatória completa, incluindo [65-67, 70-74]:
 - i. Exames laboratoriais e de imagem;
 - ii. Avaliação nutricional;
 - iii. Avaliação da funcionalidade e condição física;
 - iv. Avaliação psicológica;
 - v. Avaliação do risco anestésico;
 - vi. Planeamento de suplementação nutricional pós-cirurgia.
- V. No dia da cirurgia deve existir reavaliação do caso clínico e verificação de cumprimento do protocolo de cirurgia segura antes da intervenção, segundo Norma n.º02/2013, atualizada a 25/06/2013.

c. Critérios de alta do TCO

- I. Devem ser considerados critérios de alta do TCO, ao fim de três anos de cirurgia da obesidade:
 - i. Evolução ponderal com perda de $\geq 50\%$ do excesso de peso ou nesta ausência não tendo sido identificada causa clínica para a ausência dessa redução;
 - ii. Estabilidade ponderal e do estado nutricional (variação de peso $< 10\%$ no último ano);
 - iii. Complicações médicas, cirúrgicas e psicopatológicas controladas.
- II. Concluído o período de acompanhamento de três anos após a cirurgia da obesidade, deve ser efetuado:
 - i. Continuação do seguimento no Núcleo de Cuidados Hospitalares ou Cuidados Hospitalares Cirúrgicos (decisão em função das complicações/comorbilidades); ou
 - ii. No caso da situação clínica se encontrar estabilizada e eventuais complicações controladas, as pessoas podem ter alta e serem encaminhadas para o Núcleo de Cuidados de Saúde Primários.
- III. Pessoas que tenham perdido peso significativamente após cirurgia bariátrica podem ser referenciadas para cirurgia plástica reconstrutiva após 12 meses de estabilização ponderal, caso apresentem:
 - i. Excesso de pele que interfira na qualidade de vida;
 - ii. Dificuldades funcionais causadas pelo excesso cutâneo.
- IV. No final do programa de TCO deve ser elaborado um relatório de alta, incluindo o plano de cuidados efetuado, a informação clínica relevante sobre o TCO e contacto da unidade de saúde dos CH, a disponibilizar no processo clínico eletrónico do utente.

d. Nova Referenciação TCO

- I. A referenciação de pessoas com obesidade para o Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos, previamente submetidas a cirurgia bariátrica deve ser fundamentada no processo clínico, com base na avaliação prévia de benefício/risco (Anexo 18).
- II. A nova proposta de terapêutica cirúrgica deve ser discutida e deliberada em reunião de equipa do Núcleo de Cuidados Hospitalares, Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos e Núcleo de Cuidados Transversais.

ESPECIFICIDADES DAS INSTALAÇÕES, ESPAÇOS DE CONSULTA E EQUIPAMENTOS

9. As unidades de saúde devem garantir que as infraestruturas (salas de espera, salas de tratamento e espaços de consulta), bem como os equipamentos e instrumentos para a avaliação e monitorização clínica (balança, fita métrica, esfigmomanómetro) são adequados e respondem às necessidades da pessoa com obesidade. Nas unidades de saúde dos CH, sempre que necessário, deve ser assegurado o acesso a equipamentos especializados, como macas e camas adaptadas, bem como equipamentos de imagiologia compatíveis com diferentes fenótipos [17].

INDICADORES DE ESTRUTURA E RESULTADOS

10. A monitorização do percurso da pessoa com obesidade ao longo dos diferentes níveis de cuidados, permite avaliar a qualidade dos processos, a eficiência das transições entre modalidades terapêuticas e a segurança clínica, promovendo uma abordagem centrada na pessoa, possibilitando identificar áreas de melhoria, otimizar recursos e alinhar práticas com padrões nacionais e internacionais, contribuindo para melhores desfechos clínicos e maior satisfação dos pessoas que vivem com obesidade [19] (Anexo 19).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde, Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro, que determina a implementação de um Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade. Diário da República n.º 237/2023, Série II de 2023-12-11.
2. Lopes, C., et al., Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. 2017.
3. Barreto, M., et al., 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. 2016, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
4. Rito, A., et al., Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022. 2023, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
5. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015; Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
6. World Health Organization. WHO Discussion Paper for the Regional Expert Consultation: Development of an Implementation Roadmap 2023–2030 for the Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2030. 2021.
7. World Health Organization, International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018, WHO: Geneva.
8. World Health Organization, Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.6). 2014, Geneva: World Health Organization.
9. World Health Organization Regional Office for Europe, WHO European Regional Obesity Report 2022. 2022, Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Regional Office for Europe. 1-220.
10. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden Disease Portugal 2021. 2024, IHME.
11. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Hábitos alimentares inadequados, excesso de peso e outros fatores de risco metabólico foram os principais determinantes para a carga da doença. 2024, Direção-Geral da Saúde: Lisboa.
12. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Health Policy Studies. 2019, Paris: OECD Publishing.
13. Borges, M., et al., Burden of Disease and Cost of Illness of Overweight and Obesity in Portugal. Obesity Facts, 2024; p. 107-120.
14. World Health Organization, WHO Acceleration Plan to Stop Obesity. 2023, World Health Organization: Geneva.
15. World Health Organization, Health service delivery framework for prevention and management of obesity. 2023, World Health Organization: Geneva.
16. World Health Organization, A primary health care approach to obesity prevention and management in children and adolescents: policy brief. 2023, World Health Organization: Geneva.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Overweight and obesity management (NG246). 2025, NICE: London.
18. Wharton, S., et al., Obesity in adults: a clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal, 2020. 192(31): p. E875.
19. Healthy Ireland National Clinical Programme for Obesity. Royal College of Physicians of Ireland, Model of Care for the Management of Overweight and Obesity. 2021.
20. Breen, C., et al., Obesity in Adults: A 2022 Adapted Clinical Practice Guideline for Ireland. Obesity Facts, 2022. 15(6): p. 736-752.
21. Markovic, T.P., et al., The Australian Obesity Management Algorithm: A simple tool to guide the management of obesity in primary care. Obesity Research & Clinical Practice, 2022. 16(5): p. 353-363.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

22. National Health and Medical Research Council, Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. 2013, National Health and Medical Research Council.; Melbourne.
23. Milani, R.V. and C.J. Lavie, Health care 2020: reengineering health care delivery to combat chronic disease. *Am J Med*, 2015. 128(4): p. 337-43.
24. World Health Organization Regional Office for Europe, et al., Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Health Policy Series: 53. 2019, Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Shared decision making (NG197). 2021, NICE: London.
26. Obesity Canada, 2020 Clinical Practice Guidelines: 5As Framework for Obesity Management in Adults, in Obesity in adults: a clinical practice guideline. 2020, CMAJ.
27. Ontario Medical Association, Key Elements to Include in a Coordinated Care Plan. 2014.
28. Ball, G.D.C., et al., Managing obesity in children: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 2025. 197(14): p. E372-E389.
29. Campbell-Scherer, D., et al., Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management, in Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. 2020.
30. Kirk, S.F., et al., Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy, in Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. 2020.
31. Durrer Schutz, D., et al., European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obesity Facts*, 2019. 12(12): p. 40-66.
32. Rubino, F., et al., Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2025. 13(3): p. 221-262.
33. Rueda-Clausen, C.F., et al., Assessment of People Living with Obesity, in Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. 2020.
34. Yumuk, V., et al., European Guidelines for Obesity Management in Adults. *The European Journal of Obesity: Obesity Facts*, 2015. 8: p. 402-424.
35. WHO Consultation on Obesity. World Health Organization, Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. 2000, World Health Organization: Geneva.
36. de Onis, M., et al., Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*, 2007. 85(9): p. 660-7.
37. World Health Organization, WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight -for-height and body mass index-for-age : methods and development. 2006, World Health Organization: Geneva.
38. Direção-Geral da Saúde, Orientação 017/2013 de 05/12/2013, Avaliação Antropométrica no Adulto. 2013, Direção-Geral da Saúde: Lisboa.
39. Lee, C.M., et al., Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol*, 2008. 61(7): p. 646-53.
40. Ross, R., et al., Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*, 2020. 16(3): p. 177-189.
41. World Health Organization, Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. 2011, World Health Organization: Geneva.
42. Donini, L.M., et al., Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement. *Obes Facts*, 2022. 15(3): p. 321-335.
43. Becroft, L., et al., Validity of multi-frequency bioelectric impedance methods to measure body composition in obese patients: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 2019. 43(8): p. 1497-1507.
44. Hampl, S.E., et al., Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 2023. 151(2).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

45. Jensen, M.D., et al., 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*, 2014. 129(25_suppl_2): p. S102-S138.
46. Prochaska, J.O., C.C. DiClemente, and J.C. Norcross, In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 1992. 47(9): p. 1102-14.
47. Bischoff, S.C., et al., Towards a multidisciplinary approach to understand and manage obesity and related diseases. *Clin Nutr*, 2017. 36(4): p. 917-938.
48. World Health Organization Regional Office for Europe, Addressing sarcopenic obesity in the WHO European Region: challenges and solutions. 2025, World Health Organization. Regional Office for Europe: Copenhagen.
49. Sturgiss, E. and C. van Weel, The 5 As framework for obesity management: Do we need a more intricate model? *Can Fam Physician*, 2017. 63(7): p. 506-508.
50. Vallis, M., et al., Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician*, 2013. 59(1): p. 27-31.
51. Fiore, M.C., Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. *Respir Care*, 2000. 45(10): p. 1196-9.
52. Mercer, S.L., et al., Possible lessons from the tobacco experience for obesity control. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003. 77(4): p. 1073S-1082S.
53. Tsigos, C., et al., Criteria for EASO-collaborating centres for obesity management. *Obes Facts*, 2011. 4(4): p. 329-33.
54. Hassapidou, M., et al., EASO and EFAD Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *Obes Facts*, 2023. 16(1): p. 29-52.
55. Hassapidou, M., et al., European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians. *Obes Facts*, 2023. 16(1): p. 11-28.
56. Pepe, R.B., et al., Position statement on nutrition therapy for overweight and obesity: nutrition department of the Brazilian association for the study of obesity and metabolic syndrome (ABESO-2022). *Diabetol Metab Syndr*, 2023. 15(1): p. 124.
57. Pojednic, R., et al., The Benefits of Physical Activity for People with Obesity, Independent of Weight Loss: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. 19(9): p. 4981.
58. Programa Nacional Para a Promoção da Atividade Física, Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo. 2021, Direção-Geral da Saúde,: Lisboa.
59. Dunlevy, C., et al., Physical Activity in Obesity Management, in ASOI Adult Obesity Clinical Practice Guideline adaptation (ASOI version 1, 2022). 2022.
60. Bull, F.C., et al., World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*, 2020. 54(24): p. 1451-1462.
61. Hampl, S. and B. Sweeney. State of the Art Pediatrics: 2025: A New Year for Obesity Treatment. 2025; Available from: <https://www.childrensmc.org/health-care-providers/refer-or-manage-a-patient/connect-with-childrens-mercy/newsletter-the-link/the-link-2025/the-link--january-2025/state-of-the-art-pediatrics-2025-a-new-year-for-obesity-treatment/>
62. Ordem dos Psicólogos, Contributos dos Psicólogos e Psicólogas para a Prevenção e Gestão da Obesidade Clínica e Pré-Clínica. 2025; Lisboa.
63. Garvey, W.T., et al., American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract*, 2016. 22 Suppl 3(1): p. 1-203.
64. Glazer, S. and L. Biertho, Bariatric Surgery: Selection & Pre-Operative Workup, in Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. 2020.
65. Fried, M., et al., Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 2014. 24(1): p. 42-55.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

66. Armstrong, S.C., et al., Pediatric Metabolic and Bariatric Surgery: Evidence, Barriers, and Best Practices. *Pediatrics*, 2019. 144(6).
67. Walfish, S., D. Vance, and A.N. Fabricatore, Psychological Evaluation of Bariatric Surgery Applicants: Procedures and Reasons for Delay or Denial of Surgery. *Obesity Surgery*, 2007. 17(12): p. 1578-1583.
68. Pratt, J.S.A., et al., ASMBS pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines. *Surg Obes Relat Dis*, 2018. 14(7): p. 882-901.
69. Maggard, M.A., et al., Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 2005. 142(7): p. 547-559.
70. Pratt, J.S., et al., Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obesity (Silver Spring)*, 2009. 17(5): p. 901-10.
71. Di Lorenzo, N., et al., Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surg Endosc*, 2020. 34(6): p. 2332-2358.
72. Busetto, L., et al., Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obes Facts*, 2017. 10(6): p. 597-632.
73. Eisenberg, D., et al., 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2022. 18(12): p. 1345-1356.
74. Mechanick, J.I., et al., 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 and Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Obesity*, 2020. 28(4): p. O1-O58.
75. Bettini, S., et al., Diet approach before and after bariatric surgery. *Rev Endocr Metab Disord*, 2020. 21(3): p. 297-306.

ANEXO 1. CLASSIFICAÇÃO DO IMC EM IDADE ADULTA

Fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$

Tabela 2. **Classificação do IMC em idade adulta segundo a Organização Mundial da Saúde**

CLASSIFICAÇÃO	IMC
Baixo peso	< 18,5 kg/m ²
Peso normal	18,5 – 24,9 kg/m ²
Excesso de Peso	
Pré-obesidade	25 – 29,9 kg/m ²
Obesidade	
Classe I	30 – 34,9 kg/m ²
Classe II	35 – 39,9 kg/m ²
Classe III	≥ 40 kg/m ²

Legenda: IMC, índice de massa corporal.

Bibliografia

WHO Consultation on Obesity. World Health Organization, Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. 2000, World Health Organization: Geneva.

ANEXO 2. CLASSIFICAÇÃO DO IMC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Na interpretação do valor de IMC em crianças e adolescentes, é necessária uma comparação com valores de referência. Para tal, devem ser usadas as curvas de crescimento da OMS com z-scores e percentis específicos, lançadas em 2006 para crianças em idade pré-escolar e em 2007 para crianças em idade escolar e adolescentes, atualmente utilizadas em Portugal.

Em crianças e adolescentes, a definição de obesidade, através de categorias de IMC das curvas de crescimento, varia de acordo com idade e sexo. Na interpretação das curvas de IMC para a idade, as crianças dos 2 aos 5 anos têm obesidade se o valor de IMC for superior a 3 desvios-padrão do IMC médio e as crianças dos 5 aos 19 anos têm obesidade se o valor de IMC for superior a 2 desvios-padrão do IMC médio.

Tabela 3. **Classificação do IMC em crianças e adolescentes segundo a Organização Mundial da Saúde, em função do sexo e da idade.**

CLASSIFICAÇÃO	2-5 ANOS		5-19 ANOS	
	Z-score	Percentil arredondado	Z-score	Percentil arredondado
Baixo peso	< -2 DP	< P3	< -2 DP	< P3
Peso normal	≥ -2 DP - < +1 DP	≥ P3 < P85	≥ -2 DP < +1 DP	≥ P3 < P85
Risco de excesso de peso	> +1 DP	> P85	Não aplicável	Não aplicável
Excesso de peso	> +2 DP	> P97	> +1 DP	> P85
Pré-obesidade	> +2 DP ≤ +3 DP	> P97 ≤ P99	> +1 DP ≤ +2 DP	> P85 < P97
Obesidade				
Classe I	> +3 DP	> P99	> +2 DP	≥ P97 < P99*
Classe II	Não aplicável	Não aplicável	> +3 DP	≥ P99**
Classe III	Não aplicável	Não aplicável		***

*Classificação CDC: IMC ≥ P95 ou IMC ≥ 30 kg/m²

**Classificação CDC: IMC ≥ 120% a <140% do P95% ou IMC ≥ 35 e < 40 kg/m²

***Classificação CDC: IMC ≥ 140% do P95% ou IMC ≥ 40 kg/m²

Bibliografia

Direção-Geral da Saúde. Norma no 010/2013 de 31/05/2013 Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa; 2013.

de Onis, M., et al., Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ, 2007. 85(9): p. 660-7.

World Health Organization, WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight -for-height and body mass index-for-age: methods and development. 2006, World Health Organization: Geneva.

ANEXO 3. IMC, PERÍMETRO DA CINTURA, RAZÃO CINTURA-ANCA E RISCO CARDIOMETABÓLICO

Nos adultos:

Tabela 4. **Perímetro da cintura e risco cardiometabólico no adulto.**

RISCO CARDIOMETABÓLICO	PERÍMETRO DA CINTURA (CM)	
	Homens	Mulheres
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Substancialmente aumentado	≥ 102	≥ 88

Traduzido de WHO Technical Report Series. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. 2000.

Tabela 5. **IMC, perímetro da cintura e risco cardiometabólico no adulto.**

CLASSIFICAÇÃO	IMC (KG/M ²)	PERÍMETRO CINTURA ≤ 88 cm em mulheres ≤ 102 cm em homens	PERÍMETRO CINTURA > 88 cm em mulheres > 102 cm em homens
Baixo peso	< 18,5	-----	-----
Peso normal	18,5 – 24,9	-----	-----
Excesso de Peso			
Pré-obesidade	25 – 29,9	Aumentado	Alto
Obesidade			
Classe I	30 – 34,9	Alto	Muito alto
Classe II	35 – 39,9	Muito alto	Muito alto
Classe III	≥ 40	Extremamente alto	Extremamente alto

Traduzido de NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Obesity in Adults.

Tabela 6. **Relação entre razão cintura-estatura e razão cintura-anca e risco cardiometabólico.**

	CUT-OFF	RISCO CARDIOMETABÓLICO
Razão cintura-estatura	> 0,5	Aumentado
Razão cintura-anca	≥ 0,85 em mulheres ≥ 0,90 em homens	Muito aumentado

Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2013).

Bibliografia

Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2012 Mar 23;13(3):275–86.

Direção-Geral da Saúde, Orientação 017/2013 de 05/12/2013, Avaliação Antropométrica no Adulto. 2013, Direção-Geral da Saúde: Lisboa.

NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Obesity in Adults (US). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report*. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute; 1998 Sep. Chapter 4. Treatment Guidelines.

Ross, R., et al., Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*, 2020. 16(3): p. 177-189.

WHO Consultation on Obesity. World Health Organization, *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. 2000, World Health Organization: Geneva

World Health Organization, *Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation*, Geneva, 8-11 December 2008. 2011, World Health Organization: Geneva.

Nas crianças e adolescentes:

Tabela de referência para os percentis do perímetro da cintura para crianças e adolescentes até aos 18 anos, de acordo com Fernandez et al. (2004). O percentil 75 poderá ser considerado o marcador de aumento do risco de obesidade abdominal e o percentil 90 como limite acima do qual se define obesidade abdominal.

Tabela 7. **Tabela de referência para o percentil do perímetro da cintura ajustado à idade e ao sexo.**

	PERCENTIL RAPAZES					PERCENTIL RAPARIGAS				
	P10	P25	P50	P75	P90	P10	P25	P50	P75	P90
Interseção	39.3	43.2	42.9	43.3	43.8	39.9	41.8	43.6	45.0	46.8
Declive	1.8	1.9	2.1	2.6	3.4	1.6	1.7	1.9	2.3	2.9
Idade (anos)										
2	42.9	46.9	47.1	48.6	50.6	43.1	45.1	47.4	49.6	52.5
3	44.7	48.8	49.2	51.2	54.0	44.7	46.8	49.3	51.9	55.4
4	46.5	50.6	51.3	53.8	57.4	46.3	48.5	51.2	54.2	58.2
5	48.3	52.5	53.3	56.5	60.8	47.9	50.2	53.1	56.5	61.1
6	50.1	54.3	55.4	59.1	64.2	49.5	51.8	55.0	58.8	64.0
7	51.9	56.2	57.5	61.7	67.6	51.5	53.5	56.9	61.1	66.8
8	53.7	58.1	59.6	64.3	71.0	52.5	55.2	58.9	63.4	69.7
9	55.5	59.9	61.7	67.0	74.3	54.3	56.9	60.7	65.7	72.6
10	57.3	61.8	63.7	69.6	77.7	55.9	58.6	62.7	68.0	75.5
11	59.1	63.6	65.8	72.2	81.1	57.5	60.2	64.4	70.3	78.3
12	60.9	65.5	67.9	74.9	84.5	59.1	61.9	66.3	72.6	81.2
13	62.7	67.4	70.0	77.5	87.9	60.7	63.6	68.2	74.9	84.1
14	64.5	69.2	72.1	80.1	91.3	62.3	65.3	70.1	77.2	86.9
15	66.3	71.1	74.1	82.8	94.7	63.9	67.0	72.0	79.5	89.8
16	68.1	72.9	76.2	85.4	98.1	65.5	68.6	73.9	81.8	92.7
17	69.9	74.8	78.3	88.0	101.5	65.1	70.3	75.8	84.1	95.5
18	71.7	76.7	80.4	90.6	104.9	68.7	72.0	77.7	86.4	98.4

Traduzido de Fernandez JR et. al (2004)

Bibliografia

Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in national representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr.* 2004; 145: 439-444.

Fredriks AM, Van BS, Fekkes M, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Are age references for waist circumference, hip circumference and waist-hip ratio in Dutch children useful in clinical practice?. *Eur J Pediatr.* 2005;164:216-222.

McCarthy HD, Ellis SM, Cole TJ. Central overweight and obesity in British youth aged 11-16 years: cross-sectional surveys of waist circumference. *BMJ*. 2003; 326(7390):624.

Rito A, Breda J, Carmo I. Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Direção-Geral da Saúde. 2010. ISBN: 978-972-8643-61-4. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.pdf>

Tabela 8. **Relação entre razão cintura-estatura e risco cardiometabólico, em crianças com idade superior a 5 anos.**

	<i>CUT-OFF</i>	RISCO CARDIOMETABÓLICO
Razão cintura-estatura	> 0,5	Aumentado

Bibliografia

Braunerová RT, Kunešová M, Heinen MM, Rutter H, Hassapidou M, Duleva V, Pudule I, Petrauskienė A, Sjöberg A, Lissner L, Spiroski I, Gutiérrez-González E, Kelleher CC, Bergh IH, Metelcová T, Vignerová J, Brabec M, Buoncristiano M, Williams J, Simmonds P, Zamrazilová H, Hainer V, Yngve ,Rakovac I, Breda J. Waist circumference and waist-to-height ration in 7-year-old children – WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative. *Obes Ver*. 2021; 22: Suppl6: e13208.

Ukegbu TE, Wylie-Rosett J, Groisman-Perelstein AE, Diamantis PM, Rieder J, Ginsberg M, Lichtenstein AH, Mathan NR, Shankar V. Waist-to-height ration associated with cardiometabolic risk phenotype in children with overweight/obesity. *BMC Public Health*. 2023; 23: 1549.

ANEXO 4. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE CLÍNICA RELATIVOS AOS SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÃO DE ÓRGÃOS OU SISTEMAS ASSOCIADOS À ADIPOSIDADE EXCESSIVA NO ADULTO E EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tabela 9. Critérios para diagnóstico de obesidade clínica relativos aos sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva no adulto e em crianças e adolescentes.

ÓRGÃOS OU SISTEMAS RELACIONADOS COM A ADIPOSIDADE EXCESSIVA		CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Adultos		
1	Sistema nervoso central	Sintomas de hipertensão intracraniana, como perda de visão e/ou cefaleias recorrentes
2	Vias aéreas superiores	Apneia/hipopneia durante o sono devido ao relaxamento excessivo dos músculos da via aérea superior, resultando na obstrução total ou parcial das vias aéreas
3	Respiratório	Hipoventilação e/ou dispneia e/ou sibilância devido a diminuição da complacência pulmonar e/ou diafragmática
4	Cardiovascular (ventricular)	Função sistólica ventricular esquerda reduzida – insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada
5	Cardiovascular (atrial)	Fibrilhação auricular crônica/recorrente
6	Cardiovascular (pulmonar)	Hipertensão pulmonar
7	Cardiovascular	Fadiga crônica e edemas nos membros inferiores devido a disfunção diastólica – Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada
8	Cardiovascular (trombose)	Trombose venosa profunda recorrente e/ou doença tromboembólica pulmonar
9	Cardiovascular (arterial)	Hipertensão arterial
10	Metabolismo	<i>Cluster</i> : hiperglicemia e hipertrigliceridemia e colesterol HDL reduzido
11	Fígado	Esteatose hepática associada a disfunção metabólica, com fibrose
12	Renal	Microalbuminúria com diminuição da taxa de filtração glomerular estimada (eTFG)
13	Urinário	Incontinência urinária recorrente/crônica
14	Reprodutivo (feminino)	Anovulação, oligomenorreia e síndrome do ovário poliquístico (SOP)
15	Reprodutivo (masculino)	Hipogonadismo masculino
16	Musculoesquelético	Dor crônica e intensa no joelho ou anca, associada a rigidez articular e redução da amplitude de movimentos
17	Linfático	Linfedema dos membros inferiores associado a dor crônica e/ou limitação da mobilidade articular
18	Limitações das atividades de vida diária	Limitações significativas de mobilidade ajustadas à idade e/ou das atividades de vida diária

Crianças e adolescentes		
1	Sistema nervoso central	Sintomas de hipertensão intracraniana, como perda de visão e/ou cefaleias recorrentes
2	Vias aéreas superiores	Apneia/hipopneia durante o sono devido ao relaxamento excessivo dos músculos da via aérea superior, resultando na obstrução total ou parcial das vias aéreas
3	Respiratório	Hipoventilação e/ou dispneia e/ou sibilância devido a diminuição da complacência pulmonar e/ou diafragmática
4	Cardiovascular	Hipertensão arterial
5	Metabolismo	<i>Cluster</i> : hiperglicemia/intolerância à glicose e alteração do perfil lipídico (hipertrigliceridemia ou colesterol LDL elevado ou colesterol HDL reduzido)
6	Fígado	Enzimas hepáticas elevadas devido a esteatose-hepática associada a disfunção metabólica (MAFLD)
7	Renal	Microalbuminúria
8	Urinário	Incontinência urinária recorrente/crônica, enurese noturna e perdas urinárias diurnas
9	Reprodutivo (feminino)	Síndrome do ovário poliquístico
10	Musculoesquelético (alinhamento)	Dor recorrente/crônica ou alterações do padrão da marcha/quedas devido a pé plano ou a alterações do alinhamento dos membros inferiores
11	Musculoesquelético (tibial)	Dor recorrente/crônica ou limitação da mobilidade devido a tibia vara (Doença de Blount)
12	Musculoesquelético (femoral)	Dor aguda e/ou recorrente/crônica ou limitação da mobilidade ou alterações do padrão da marcha/quedas devido a epifisiólise femoral superior
13	Pele	Acne e hirsutismo, acantose nigricans, estrias
14	Limitações das atividades de vida diária	Limitações significativas de mobilidade ajustadas à idade e/ou das atividades de vida diária

Legenda: eTFG, taxa de filtração glomerular estimada; MAFLD, doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica.

Adaptado de Rubino, F. et al. (2025).

Bibliografia

Rubino, F., et al., Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2025, 13(3): p. 221-262.

ANEXO 5. MODELO TRANSTEÓRICO DA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO MODELO DE PROCHASKA

O **Modelo de Prochaska**, também conhecido como **Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento**, foi desenvolvido por **James Prochaska e Carlo DiClemente** e descreve o processo pelo qual uma pessoa passa ao tentar modificar um comportamento, como perder peso, deixar de fumar ou aumentar a prática de atividade física.

Os 6 Estágios da Mudança no Modelo de Prochaska

1. Pré-contemplação (Sem intenção de mudar)

- A pessoa **não reconhece o problema** ou **não tem intenção de mudar** nos próximos 6 meses.
- Pode existir resistência à mudança ou falta de informação sobre os riscos.
- Exemplo: "O meu peso não é um problema."

2. Contemplação (Reconhecimento do problema)

- A pessoa **começa a considerar a mudança**, mas sente-se indecisa.
- Avalia os prós e contras de alterar o comportamento.
- Exemplo: "Se calhar preciso de emagrecer, mas ainda não sei como."

3. Preparação (Planeamento da mudança)

- A pessoa **está motivada** e começa a **planear a mudança** nos próximos 30 dias.
- Pode procurar ajuda profissional ou definir estratégias.
- Exemplo: "Vou marcar uma consulta de nutrição e começar a caminhar."

4. Ação (Mudança ativa)

- A pessoa **já iniciou a mudança** e está a praticar novos comportamentos há menos de 6 meses.
- Há maior vulnerabilidade a recaídas, pelo que o apoio contínuo é essencial.
- Exemplo: "Agora como mais vegetais e faço exercício 3 vezes por semana."

5. Manutenção (Sustentação da mudança)

- A pessoa **mantém os novos hábitos há mais de 6 meses**.
- Há maior resistência a recaídas, mas continua a necessitar de reforço positivo.
- Exemplo: "Já perdi peso e consigo manter um estilo de vida mais saudável."

6. Recaída (Regresso a hábitos anteriores) (Opcional)

- A pessoa pode **voltar ao comportamento anterior**.
- É essencial evitar a culpa e retomar o processo de mudança.
- Exemplo: "Estava a perder peso, mas voltei a comer fast food frequentemente."

Bibliografia

Prochaska, J.O., C.C. DiClemente, and J.C. Norcross, In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 1992. 47(9): p. 1102-14

ANEXO 6. MODELO DOS 5RS

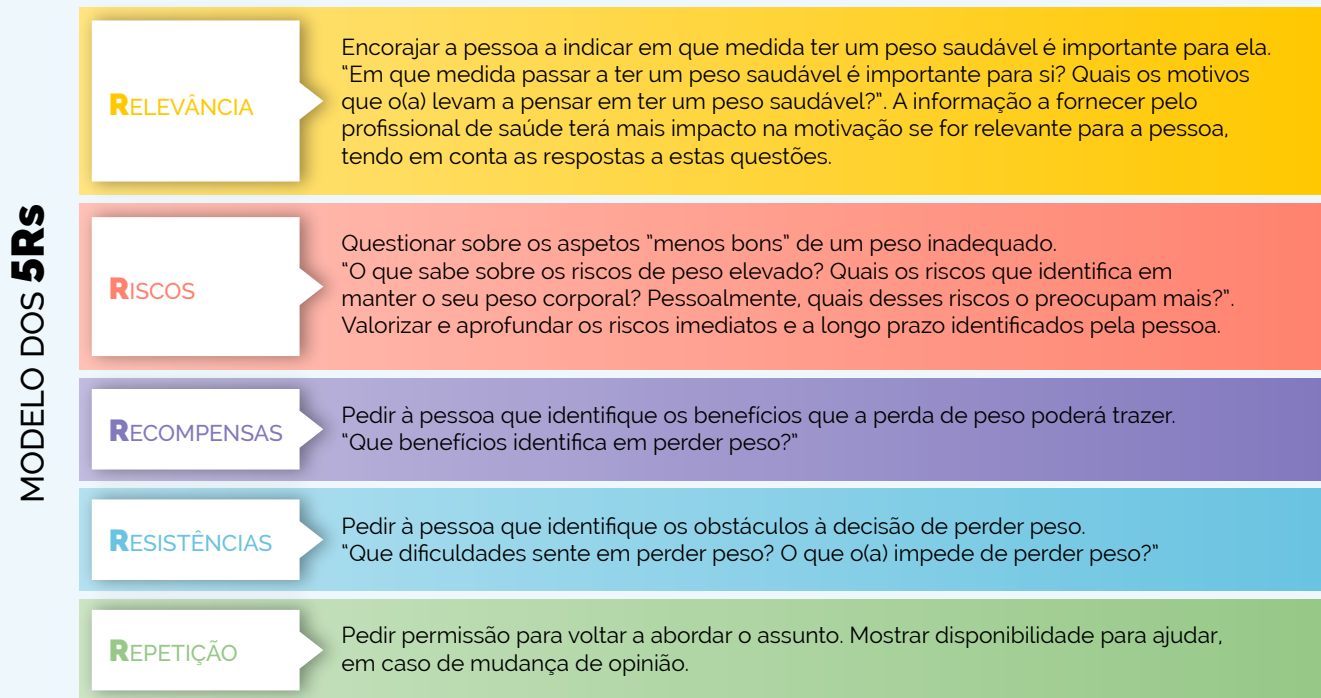


Figura 1. **Modelo dos 5Rs para aumentar a motivação do indivíduo para a mudança.**

Bibliografia

Fiore, M.C., Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. *Respir Care*, 2000. 45(10): p. 1196-9.

Mercer, S.L., et al., Possible lessons from the tobacco experience for obesity control. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003. 77(4): p. 1073S-1082S.

ANEXO 7. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE SARCOPÉNICA

1. RASTREIO

i. Obesidade:

IMC: ≥ 30 kg/m²

OU

Perímetro da cintura: ≥ 90 cm (homens); ≥ 80 cm (mulheres)

ii. Sarcopenia:

Suspeita clínica ou sintomas (idade >70 anos; doenças crónicas; doença aguda recente ou sinais/sintomas relacionados com o estado nutricional; limitações físicas reportadas)

OU

SARC-F ≥ 4



2. DIAGNÓSTICO (PASSO 1)

i. Função muscular:

Força de preensão da mão: <27 kg (homens); <16 kg (mulheres)

OU

Força de extensão do joelho: <0,40 kg/kg (homens); <0,31 kg/kg (mulheres)

OU

Teste de sentar-levantar da cadeira (5x): >17 s (homens e mulheres)



2. DIAGNÓSTICO (PASSO 2)

i. Composição corporal:

MG%: 20-39 anos: >26% (homens); >39% (mulheres)

40-59 anos: >29% (homens); >41% (mulheres)

60-79 anos: >31 (homens); >43 (mulheres)

e

MMA/P (DXA): <25,7% (homens); <19,4% (mulheres) OU MMT/P (BIA): <31,5% (homens); <22,1% (mulheres)



Após o diagnóstico confirmado
de obesidade sarcopénica

3. ESTADIAMENTO

i. Complicações:

Estádio I (sem complicações)

OU

Estádio II (com complicações, pela presença de pelo menos uma complicação atribuível à obesidade sarcopénica, como doenças metabólicas, incapacidades funcionais ou doenças cardiovasculares e respiratórias)

Legenda: BIA, bioimpedância; DXA, densitometria; IMC, índice de massa corporal; MG%, percentagem de massa gorda; MMA/P, massa muscular apendicular ajustada ao peso corporal; MMT/P, massa muscular total ajustada ao peso corporal; SARC-F, questionário que avalia a força, assistência para caminhar, levantar da cadeira, subir escadas e quedas.

Figura 2. Procedimento de diagnóstico e pontos de corte para a avaliação da obesidade sarcopénica.

Bibliografia

Donini, L.M., et al., Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement. *Obes Facts*, 2022. 15(3): p. 321-335.

Mirzai S, Carbone S, Batsis JÁ, Kritchevsky SB, Kitzman DW, Shapiro MD. Sarcopenic Obesity and Cardiovascular Disease: Na Overlooked but high-risk syndrome. *Current Obesity Reports*. 2024. 13:523-544. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00571-2>

World Health Organization Regional Office for Europe, Addressing sarcopenic obesity in the WHO European Region: challenges and solutions. 2025, World Health Organization. Regional Office for Europe: Copenhagen.

ANEXO 8. MODELO DOS 5AS

O Modelo dos 5As (Abordar, Avaliar, Aconselhar, Apoiar e Acompanhar) deve ser utilizado como referência na abordagem clínica à obesidade, garantindo uma intervenção estruturada e baseada na evidência.

A aplicação deste modelo deve ser integrada nas consultas de vigilância e acompanhamento da obesidade, reforçando a motivação e promovendo a adesão à mudança comportamental.



Figura 3. **Modelo dos 5As como estratégia padronizada de intervenção na obesidade.**

Bibliografia

Obesity Canada, 2020 Clinical Practice Guidelines: 5As Framework for Obesity Management in Adults, in Obesity in adults: a clinical practice guideline. 2020, CMAJ.

Sturgiss, E. and C. van Weel, The 5 As framework for obesity management: Do we need a more intricate model? Can Fam Physician, 2017. 63(7): p. 506-508.

Vallis, M., et al., Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician, 2013. 59(1): p. 27-31

ANEXO 9. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

	Prescrição médica indicada
	Prescrever apenas de acordo com a situação clínica particular e fundamentada
	Não está indicada a sua prescrição

LABORATÓRIO	EXAMES DE VIGILÂNCIA CSP	PRÉ-TCO	PÓS-TCO					
			1.º ANO		2.º ANO		3.º ANO E SEQUINTE	
			Sem.	Anual	Sem.	Anual	Sem.	Anual
17-OH-Progesterona								
25-OH Vitamina D								
Δ-4 androstenediona								
Ácido fólico								
Ácido úrico								
Alanina aminotransferase (ALT/TGP)								
Albumina								
Aldosterona								
Androstenediona								
Angiotensina								
Aspartato aminotransferase (AST/TGO)								
Calcemia								
Colesterol – fração HDL								
Colesterol – fração LDL								
Colesterol total								
Cortisol urinário das 24h ou prova de supressão com DXM (dexametasona) ou cortisol salivar								
Creatinina								
Desidroepiandrosterona (DHEAS)								
Estradiol								
Fator de Crescimento semelhante à Insulina tipo 1 (IGF1)								
Ferritina								

ANEXOS

Ferro sérico	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Fosfatase alcalina	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Verde	Amarelo	Verde
Fosforemia	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Gamaglutamil transferase (GGT)	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Glicemia	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Globulina ligadora de hormonas sexuais (SHBG)	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c)	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo *	Verde	Verde	Amarelo *
Hemograma	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Hormona foliculoestimulante (FSH)	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Hormona luteínica (LH)	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Hormona tireoideestimulante (TSH)	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Inibina B	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Insulinemia e/ou Péptido C	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Verde	Amarelo
Ionograma	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Magnesiemia	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Paratormona (PTH)	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Verde	Amarelo
Prolactina	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Proteína de ligação ao Fator de Crescimento semelhante à insulina 3 (IGFBP3)	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Proteína C-reativa (de alta sensibilidade)	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Eletroforese das proteínas	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Prova de tolerância à glicose oral (com determinação da insulina e/ou péptido C)	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Provas e provocação para Hormona de Crescimento	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Renina	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Tempo de protrombina (PT)	Verde	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Tempo de tromboplastina (PTT)	Verde	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Testosterona total e/ou livre	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo
Tiroxina Livre (T4L)	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Transferrina	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde

ANEXOS

Trigliceridos								
Ureia								
Urina tipo II								
Urina 24 horas*								
Calciúria das 24 horas								
Velocidade de sedimentação								
Vitamina B1								
Vitamina B6								
Vitamina B12								
Zinco sérico								

*Urina 24 horas: creatinina, sódio, albumina, catecolaminas totais, ácido vanilmandélico, metanefrinas

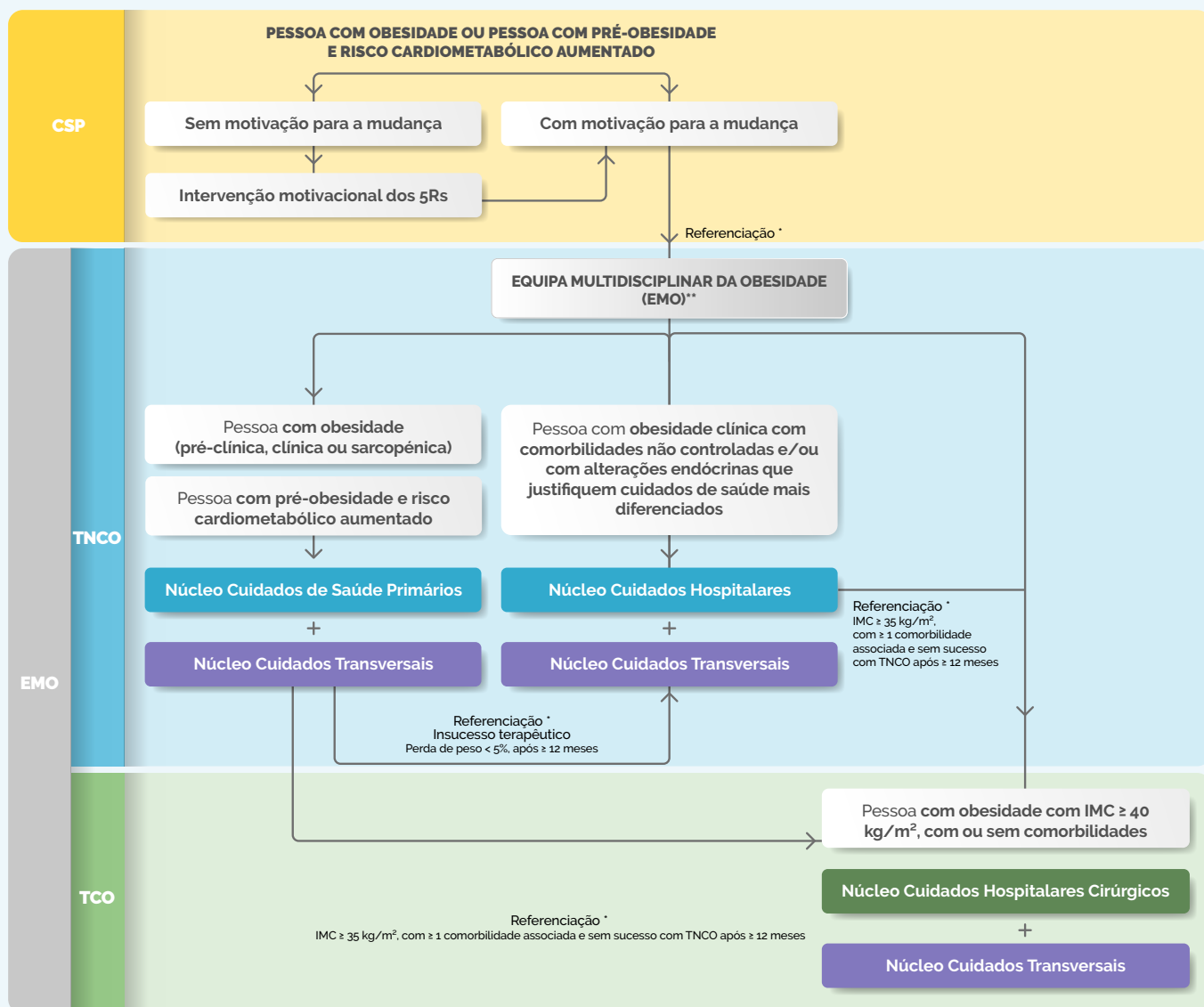
Legenda: CSP, Cuidados de Saúde Primários; Sem, semestral; TCO, Tratamento Cirúrgico da Obesidade; TNCO, Tratamento Não Cirúrgico da Obesidade

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	PRÉ-TCO	PÓS-TCO					
		1.º ANO		2.º ANO		3.º ANO E SEGUINTE	
		Sem.	Anual	Sem.	Anual	Sem.	Anual
Calibração da banda gástrica (com eventual apoio radioscópico)							
Cintigrafia com MIBG							
Densitometria óssea							
Ecocardiograma							
Ecografia abdominal superior							
Ecografia carotídea							
Ecografia doppler da artéria renal							
Ecografia pélvica							
Ecografia renal							
Eletrocardiograma (ECG)							
Endoscopia digestiva alta							
Biópsia gástrica	**						
Teste de urease							
Estudo do sono							
MAPA 24 horas							
Polissonografia							
Provas de função respiratória (espirometria)							
Radiografia do punho não dominante							
Renograma com prova de captopril							
Ressonância Magnética (RMN) com angiografia							
Ressonância Magnética (RMN) encefálica com janela para a sela turca							
Tomografia computadorizada (TC) abdominal							
Telerradiografia tórax (em incidência P-A)							
Trânsito esôfago-gastro-duodenal							

** Com pesquisa de Helicobacter Pylori

Legenda: Sem., semestral; TCO, Tratamento Cirúrgico da Obesidade

ANEXO 10. FLUXOGRAMA DO PERCURSO DE CUIDADOS INTEGRADOS PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE



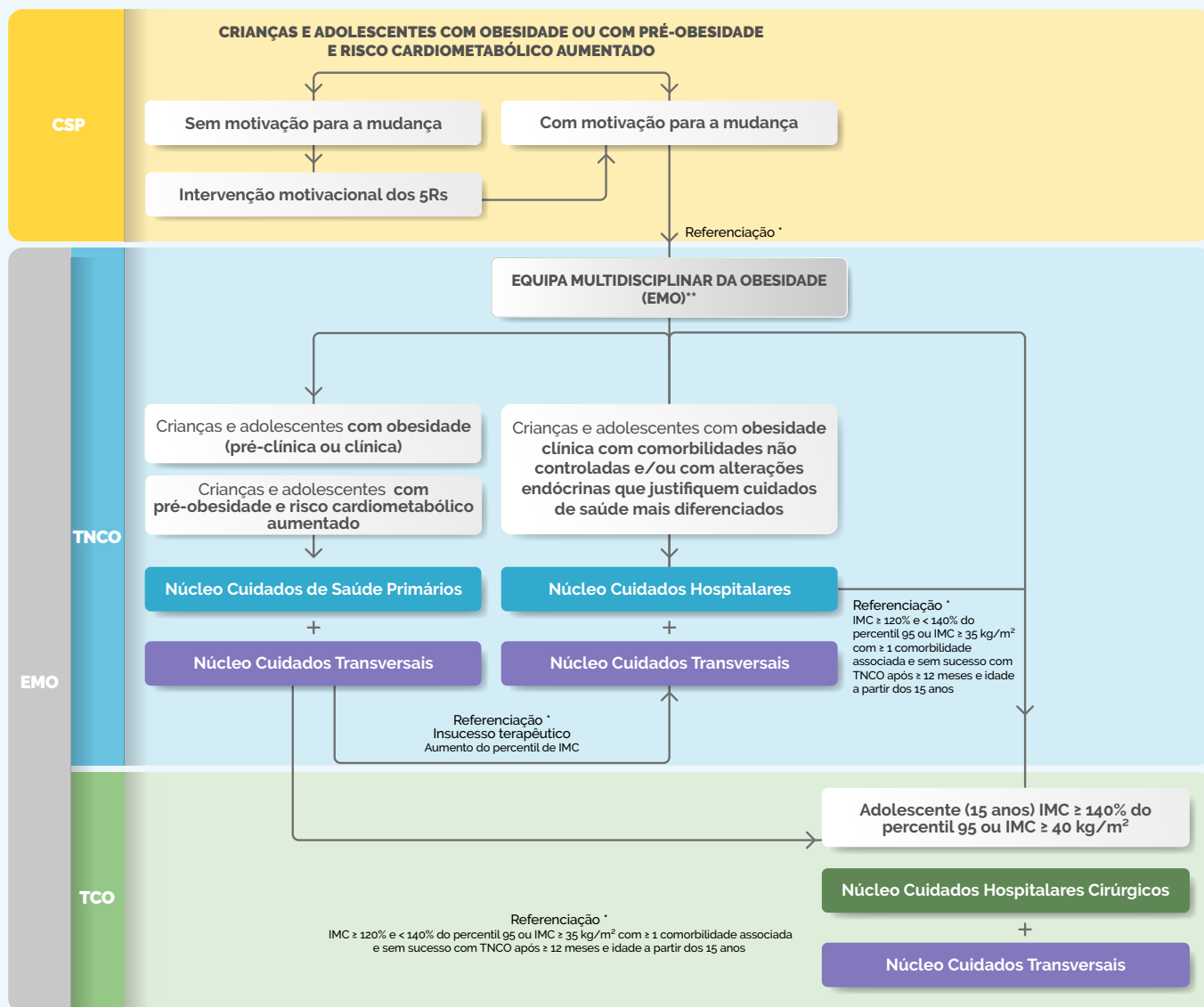
* Referenciação mediante concordância da pessoa com obesidade.

** O coordenador da EMO distribui os utentes pelos núcleos de intervenção de acordo com os critérios de referenciação.

Composição dos núcleos de intervenção - Núcleo Cuidados de Saúde Primários: Medicina Geral e Familiar; Núcleo Cuidados Hospitalares: Medicina Interna e/ou Endocrinologia; Núcleo Cuidados Hospitalares Cirúrgicos: Cirurgia Geral + Medicina Interna e/ou Endocrinologia; Núcleo Cuidados Transversais: Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental, Atividade Física (Fisioterapia e/ou Medicina Física e Reabilitação) e Serviço Social, entre outras.

EMO: Equipa multidisciplinar da obesidade; CSP: Cuidados de Saúde Primários; TNCO: Tratamento não cirúrgico da obesidade; TCO: Tratamento cirúrgico da obesidade; IMC: Índice de Massa Corporal.

Figura 4. Fluxograma do Percurso de Cuidados Integrados para o tratamento da obesidade em adultos.



* Referenciação mediante concordância da pessoa com obesidade.

** O coordenador da EMO distribui os utentes pelos núcleos de intervenção de acordo com os critérios de referenciação.

Composição dos núcleos de intervenção - Núcleo Cuidados de Saúde Primários: Medicina Geral e Familiar; Núcleo Cuidados Hospitalares: Medicina Interna e/ou Endocrinologia; Núcleo Cuidados Hospitalares Cirúrgicos: Cirurgia Geral + Medicina Interna e/ou Endocrinologia; Núcleo Cuidados Transversais: Enfermagem, Nutrição, Saúde Mental, Atividade Física (Fisioterapia e/ou Medicina Física e Reabilitação) e Serviço Social, entre outras.

EMO: Equipa multidisciplinar da obesidade; CSP: Cuidados de Saúde Primários; TNCO: Tratamento não cirúrgico da obesidade; TCO: Tratamento cirúrgico da obesidade; IMC: Índice de Massa Corporal.

Figura 5. Fluxograma do Percurso de Cuidados Integrados para o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes.

ANEXO 11. COMPETÊNCIAS DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA OBESIDADE

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Competências

A consulta será realizada por Médico de Medicina Geral e Familiar, preferencialmente com formação específica em Obesidade

Atividades	Comum a todas as faixas etárias	Específica para adultos	Específica para crianças e adolescentes
1ª Consulta TNCO (duração mínima prevista 30 min.)			
Avaliação	<p>Avaliação da história clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das tentativas prévias de perda de peso e análise da resposta a diferentes abordagens terapêuticas. • Avaliação das comorbilidades associadas e fatores de risco cardiometabólicos. • Sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva. • História familiar de obesidade e doenças cardiometabólica e de fatores genéticos/ambientais. • Exclusão de causas secundárias da obesidade. • Avaliação da evolução ponderal e de eventos associados ao ganho de peso (fase dinâmica ou manutenção) e impacto emocional. • Avaliação antropométrica: peso, estatura, IMC e perímetro da cintura. • Medição da pressão arterial e frequência cardíaca. • Pedido de MCDT, conforme necessidade clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da imagem corporal, autoestima e expectativas. • Impacto na qualidade de vida e bem-estar. • Avaliação da quantidade e distribuição de adiposidade excessiva. • Avaliação da quantidade e função da massa muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação clínica do período neonatal: tipo de parto, peso ao nascimento, aleitamento materno exclusivo, história de diabetes gestacional materna. • História menstrual irregular, em raparigas. • Avaliação da relação familiar e dinâmica parental. • Avaliação do crescimento e desenvolvimento: curvas de crescimento da OMS (peso, estatura, IMC, perímetro da cintura ajustados ao sexo e à idade). • Avaliação do estágio pubertário (estádios de Tanner). • Avaliação da dentição e saúde oral. • Impacto psicossocial na integração escolar e relações interpessoais (<i>bullying</i>, autoestima, ansiedade). • Rastreio de sofrimento psicológico associado ao excesso de peso (<i>bullying</i>, isolamento social).

Avaliação

- Avaliação de comportamentos e estilo de vida: avaliação breve dos hábitos alimentares, nível de atividade física e comportamentos sedentários, qualidade do sono e fadiga diurna, e hábitos tabágicos.
- Identificação de problemas de saúde mental, se justificável, e impacto emocional.
- Estágio da mudança: Modelo de Prochaska.
- Avaliação da terapêutica farmacológica em curso.

Diagnóstico

- Diagnóstico diferencial da obesidade e respetivo registo no processo clínico eletrónico do utente.
- Registo do diagnóstico da obesidade conforme o Sistema de Classificação Internacional de Doenças da OMS.
- Registo dos problemas clínicos no processo clínico eletrónico do utente.

Intervenção

- Informação sobre os riscos e complicações da obesidade.
- Definição de objetivos terapêuticos realistas e gestão de expectativas.
- Aconselhamento breve sobre comportamentos e estilo de vida: alimentação saudável, atividade física (adequada à condição clínica), qualidade do sono, e cessação tabágica, se aplicável.
- Promoção da autonomia e confiança da pessoa com obesidade na gestão do plano de cuidados e adesão à terapêutica.
- Promoção do envolvimento da família e da Equipa de Saúde escolar na implementação e gestão do plano de cuidados e adesão à terapêutica.
- Apoio psicossocial adicional para prevenir o impacto emocional da obesidade na infância e adolescência.
- Uso controlado e restrito da terapêutica farmacológica, considerando a idade e o impacto no crescimento e desenvolvimento.

- Intervenção**
- Prescrição de terapêutica farmacológica, de acordo com os critérios clínicos de elegibilidade descritos neste percurso de cuidados e de acordo com o Resumo das Características dos Medicamentos, conforme indicação clínica e sempre associada à intervenção sobre estilos de vida.
 - Programação das consultas de seguimento.

Plano de seguimento 1ª consulta → 1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses.
(12 meses)

Consulta de seguimento TNCO (duração mínima prevista 20 min.)

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avaliação e Monitorização | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das complicações associadas à obesidade, conforme a 1ª consulta. • Avaliação antropométrica e da composição corporal (peso, estatura, IMC, perímetro da cintura). • Avaliação dos parâmetros bioquímicos, se indicado. • Monitorização de adesão ao plano de cuidados e impacto clínico. | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização rigorosa dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica e ajuste conforme necessário. | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação contínua do crescimento e desenvolvimento infantil com as curvas de crescimento da OMS. • Monitorização rigorosa dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica e ajuste conforme necessário, considerando a idade e o impacto no crescimento e desenvolvimento. |
| Intervenção | <ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre os riscos e complicações da obesidade. • Aconselhamento para mudanças sustentáveis no estilo de vida. • Gestão de expectativas realistas sobre progressos e desafios. | <ul style="list-style-type: none"> • Foco na melhoria dos indicadores de saúde (perda de peso e redução da adiposidade excessiva, controlo de comorbilidades, melhoria da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar). • Proposta de novos objetivos para a modificação do estilo de vida, conforme evolução clínica. | <ul style="list-style-type: none"> • Foco na melhoria dos comportamentos e estilo de vida e em indicadores de saúde (controlo de comorbilidades, melhoria da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar). • Proposta de novos objetivos para a mudança dos estilos de vida, adaptados à idade e contexto familiar. |

Bibliografia

- Breen, C., et al., Obesity in Adults: A 2022 Adapted Clinical Practice Guideline for Ireland. *Obesity Facts*, 2022. 15(6): p. 736-752.
- Campbell-Scherer, D., et al., Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management, in *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines*. 2020.
- Durrer Schutz, D., et al., European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obesity Facts*, 2019. 12(12): p. 40-66.
- Gregório, M.J., et al., Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários. 2020, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.; Lisboa.
- Greydanus, D.E., et al., Pediatric obesity: Current concepts. *Dis Mon*, 2018. 64(4): p. 98-156.
- Hampl, S.E., et al., Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 2023. 151(2).
- Jensen, M.D., et al., 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*, 2014. 129(25_suppl_2): p. S102-S138.
- Markovic, T.P., et al., The Australian Obesity Management Algorithm: A simple tool to guide the management of obesity in primary care. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2022. 16(5): p. 353-363.
- Mendes, R., et al., Physical Activity Promotion Tools in the Portuguese Primary Health Care: An Implementation Research. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17(3).
- National Health and Medical Research Council, Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. 2013, National Health and Medical Research Council.; Melbourne.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Overweight and obesity management (NG246). 2025, NICE: London.
- Obesity Canada, 2020 Clinical Practice Guidelines: 5As Framework for Obesity Management in Adults, in *Obesity in adults: a clinical practice guideline*. 2020, CMAJ.
- Rueda-Clausen, C.F., et al., Assessment of People Living with Obesity, in *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines*. 2020.
- Wharton, S., et al., Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 2020. 192(31): p. E875.
- Whitlock, E.P., et al., Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. *Pediatrics*, 2010. 125(2): p. e396-418.
- Yumuk, V., et al., European Guidelines for Obesity Management in Adults. *The European Journal of Obesity: Obesity Facts*, 2015. 8: p. 402-424.

MEDICINA INTERNA E/OU ENDOCRINOLOGIA

Competências

A consulta será realizada por um Médico de Medicina Interna e/ou Endocrinologista, preferencialmente com formação específica na área de Obesidade

1ª Consulta TNCO / 1ª Consulta Pré-TCO (duração mínima prevista 30 min.)

Avaliação

- História clínica: evolução ponderal e fatores genéticos/ambientais, eventos associados ao ganho de peso (fase dinâmica ou manutenção) e impacto emocional.
- Identificação das tentativas prévias de perda de peso e análise da resposta a diferentes abordagens terapêuticas.
- Avaliação das comorbidades associadas, incluindo doenças cardiovasculares, metabólicas, respiratórias e ortopédicas.
- Sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva.
- Exclusão de causas secundárias para a obesidade e análise dos fatores de risco.
- História familiar de obesidade e doenças cardiometabólicas.
- Avaliação antropométrica: peso, estatura, IMC e perímetro da cintura.
- Avaliação da quantidade e distribuição de adiposidade excessiva.
- Avaliação da quantidade e função da massa muscular.
- Medição da pressão arterial e frequência cardíaca.
- Avaliação dos MCDTs previamente solicitados e, se necessário, pedido de exames adicionais para diagnóstico e monitorização.
- Comportamentos e estilo de vida: avaliação breve dos hábitos alimentares, nível de atividade física e comportamentos sedentários, qualidade do sono e fadiga diurna, e hábitos tabágicos.
- Identificação de problemas de saúde mental, se justificável.
- Estágio da mudança: Modelo de Prochaska.
- Terapêutica farmacológica em curso.

Diagnóstico

- Diagnóstico diferencial da obesidade e respetivo registo no processo clínico eletrónico do utente.
- Registo do diagnóstico da obesidade conforme o Sistema de Classificação Internacional de Doenças da OMS.
- Registo dos problemas clínicos no processo clínico eletrónico do utente.

Intervenção

- Definição de objetivos terapêuticos realistas e gestão de expectativas.
- Informação sobre os riscos e complicações da obesidade.
- Aconselhamento para mudanças nos comportamentos e estilo de vida: alimentação saudável, atividade física (adequada à condição clínica), sono e cessação tabágica se aplicável.
- Prescrição de terapêutica farmacológica, de acordo com os critérios clínicos de elegibilidade descritos neste percurso de cuidados e de acordo com o Resumo das Características dos Medicamentos, conforme indicação clínica e sempre associada à intervenção sobre estilos de vida.
- Programação das consultas de seguimento.

Plano de seguimento- to (12 meses) 1ª consulta → 1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses.

Consulta de seguimento TNCO / Pré-TCO (duração mínima prevista 20 min.)

Avaliação e Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das complicações associadas à obesidade, conforme a 1ª consulta. • Avaliação antropométrica e da composição corporal. • Avaliação dos parâmetros bioquímicos, se indicado. • Monitorização de adesão plano de cuidados e impacto clínico. • Monitorização rigorosa dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica e ajuste da terapêutica farmacológica conforme necessário.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço das orientações para mudanças sustentáveis no estilo de vida. • Proposta de novos objetivos para a modificação do estilo de vida, conforme evolução clínica.

Consulta Pós-TCO (duração mínima prevista 20 min.)

Avaliação e Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão da terapêutica crónica e ajuste para o período pós-operatório. • Atualização do PIC na preparação para a alta hospitalar, incluindo: <ol style="list-style-type: none"> i. Educação nutricional e prescrição de suplementação adequada. ii. Aconselhamento para a atualização do plano de atividade física para minimizar a perda de massa muscular. iii. Aconselhamento para cessação tabágica, se aplicável. • Monitorização pós-operatória de parâmetros clínicos e laboratoriais, conforme o protocolo definido no Anexo 9, e ajustes terapêuticos se necessário.
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plano de seguimento Pós-TCO	<p>3º mês → 6º mês → 12º mês → 18º mês → 24º mês → 36º mês.</p> <p>1º ano → 2 avaliações.</p> <p>2º ano → 1 avaliação.</p> <p>3º ano → 1 avaliação</p>
------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bibliografia

Breen, C., et al., Obesity in Adults: A 2022 Adapted Clinical Practice Guideline for Ireland. Obesity Facts, 2022. 15(6): p. 736-752.

Jensen, M.D., et al., 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. Circulation, 2014. 129(25_suppl_2): p. S102-S138.

Markovic, T.P., et al., The Australian Obesity Management Algorithm: A simple tool to guide the management of obesity in primary care. Obesity Research & Clinical Practice, 2022. 16(5): p. 353-363.

National Health and Medical Research Council, Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. 2013, National Health and Medical Research Council, Melbourne.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Overweight and obesity management (NG246). 2025, NICE: London.

Rueda-Clausen, C.F., et al., Assessment of People Living with Obesity, in Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. 2020.

Wharton, S., et al., Obesity in adults: a clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal, 2020. 192(31): p. E875.

Yumuk, V., et al., European Guidelines for Obesity Management in Adults. The European Journal of Obesity: Obesity Facts, 2015. 8: p. 402-424.

PEDIATRIA

Competências

A consulta será realizada por Pediatra, com formação específica na área da Obesidade.

1ª Consulta TNCO / 1ª Consulta Pré-TCO (duração mínima prevista 30 min.)**Avaliação**

- História clínica: evolução ponderal desde o nascimento e fatores genéticos/ambientais, eventos associados ao ganho de peso e impacto emocional e psicossocial.
- Avaliação clínica do período neonatal: tipo de parto, peso ao nascimento, aleitamento materno exclusivo, história de diabetes gestacional materna.
- Identificação das tentativas prévias de perda de peso e análise da resposta a diferentes abordagens terapêuticas.
- Avaliação das comorbilidades associadas e fatores de risco cardiometabólicos.
- Sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva.
- Exclusão de causas secundárias para a obesidade.
- Avaliação do estágio pubertário (estádios de Tanner).
- História menstrual irregular, em raparigas.
- História familiar de obesidade e doenças cardiometabólicas (ex: doença cardiovascular prematura em familiares de 1º grau).
- Avaliação da relação familiar e dinâmica parental.
- Avaliação antropométrica segundo as curvas de crescimento da OMS, ajustadas ao sexo e à idade: peso, estatura, IMC e perímetro da cintura.
- Medição da pressão arterial e frequência cardíaca.
- Avaliação dos MCDTs previamente solicitados e, se necessário, pedido de exames adicionais para diagnóstico e monitorização.
- Comportamentos e estilo de vida: avaliação breve dos hábitos alimentares, nível de atividade física e comportamentos sedentários, qualidade do sono e fadiga diurna, e hábitos tabágicos.
- Identificação de problemas de saúde mental, se justificável.
- Estágio da mudança: Modelo de Prochaska.
- Terapêutica farmacológica em curso.

Diagnóstico

- Diagnóstico diferencial da obesidade e respetivo registo no processo clínico eletrónico do utente.
- Registo do diagnóstico da obesidade conforme o Sistema de Classificação Internacional de Doenças da OMS.
- Registo dos problemas clínicos no processo clínico eletrónico do utente.

Intervenção

- Definição de objetivos terapêuticos realistas e gestão de expectativas.
- Informação sobre os riscos e complicações da obesidade.
- Promoção do envolvimento da família na implementação e gestão do plano de cuidados e adesão à terapêutica.

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento breve sobre comportamentos e estilo de vida: alimentação saudável, atividade física (adequada à condição clínica), qualidade do sono, e cessação tabágica, se aplicável. • Uso controlado e restrito da terapêutica farmacológica, considerando a idade e o impacto no crescimento e desenvolvimento, sempre associada à intervenção sobre estilos de vida. • Avaliação das opções anticoncepcionais para adolescentes em idade fértil que serão submetidas a cirurgia. • Tratamento da patologia primária subjacente e das comorbilidades identificadas. • Programação das consultas de seguimento.
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plano de seguimento (12 meses) - 1ª consulta → 1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses.

Consulta de seguimento TNCO / Pré-TCO (duração mínima prevista 20 min.)

Avaliação e Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das complicações associadas à obesidade, conforme a 1ª consulta. • Avaliação antropométrica e da composição corporal, e do crescimento e desenvolvimento com as curvas de crescimento da OMS. • Avaliação dos parâmetros bioquímicos, se indicado. • Monitorização de adesão plano de cuidados e impacto clínico. • Monitorização rigorosa dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica e ajuste da terapêutica farmacológica conforme necessário, considerando a idade e o impacto no crescimento e desenvolvimento.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Foco na melhoria dos comportamentos e estilo de vida e em indicadores de saúde (controlo de comorbilidades, melhoria da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar). • Proposta de novos objetivos para a mudança dos estilos de vida, adaptados à idade e contexto familiar.

Consulta Pós-TCO (duração mínima prevista 20 min.)

Avaliação e Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da evolução antropométrica, crescimento e desenvolvimento, e das comorbilidades. • Monitorização de adesão plano de cuidados e impacto clínico. • Ajuste terapêutico para otimização do controlo metabólico. • Discussão de opções anticoncepcionais de elevada eficácia para os primeiros 24 meses (referenciação para a Especialidade em Ginecologia e Obstetria). • Monitorização pós-operatória de parâmetros clínicos e laboratoriais, conforme o protocolo definido no Anexo 9, e ajustes terapêuticos se necessário. • Encaminhamento para a consulta de Cirurgia Pediátrica em caso de complicações cirúrgicas ou evolução desfavorável dos parâmetros antropométricos.
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plano de seguimento Pós-TCO	<p>3º mês → 6º mês → 12º mês → 18º mês → 24º mês → 36º mês.</p> <p>Plano mínimo:</p> <p>1º ano → 2 avaliações.</p> <p>2º ano → 1 avaliação.</p> <p>3º ano → 1 avaliação</p>
------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bibliografia

Gibson P, Edmunds L, Haslam DW, Poskitt E. An approach to weight management in children and adolescents (2-18 years) in primary care. *J Fam Health Care*. 2002;12(4):108-9.

Greydanus, D.E., et al., Pediatric obesity: Current concepts. *Dis Mon*, 2018. 64(4): p. 98-156.

Hampl, S.E., et al., Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 2023. 151(2).

National Health and Medical Research Council, Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. 2013. National Health and Medical Research Council.; Melbourne.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Overweight and obesity management (NG246). 2025, NICE: London.

Whitlock, E.P., et al., Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. *Pediatrics*, 2010. 125(2): p. e396-418.

CIRURGIA

Competências

A consulta será realizada por Médico Cirurgião, com formação em técnicas cirúrgicas para redução da obesidade

Atividades	Comum a todas as faixas etárias	Específica para adultos	Específica para crianças e adolescentes
1ª Consulta TCO (duração prevista 30 a 60 min.)			
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico ponderal, antecedentes clínicos e impacto da obesidade na qualidade de vida. • Identificação das tentativas prévias de perda de peso e análise da resposta a diferentes abordagens terapêuticas. • Avaliação das comorbidades associadas e fatores de risco cardiometabólicos. • Exclusão de causas secundárias para a obesidade. • Avaliação da terapêutica farmacológica e comorbidades associadas. • Avaliação antropométrica: peso, estatura, IMC, perímetro da cintura. • Avaliação da quantidade e distribuição de adiposidade excessiva. • Análise dos MCDTs solicitados e pedido de exames complementares conforme necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do impacto da obesidade na fertilidade e acompanhamento em reprodução medicamente assistida, se aplicável. • Avaliação do risco cirúrgico em função da presença de esteato-hepatite não alcoólica. • Discussão sobre necessidade de perda ponderal pré-operatória para redução do risco cirúrgico. • Análise de fatores hormonais e metabólicos, incluindo hipogonadismo masculino e Síndrome do Ovário Poliquístico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da relação familiar e dinâmica parental, e impacto psicossocial (<i>bullying</i>, autoestima, ansiedade). • Avaliação do crescimento e desenvolvimento: curvas de crescimento da OMS (peso, estatura, IMC, perímetro da cintura ajustados ao sexo e à idade). • Identificação de perturbações do crescimento associadas ao excesso de peso.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre riscos e benefícios da cirurgia. • Gestão de expectativas e definição de objetivos realistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da cessação tabágica em pessoas fumadoras e referência para consulta de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação dos cuidadores sobre os cuidados pós-operatórios e necessidade de adesão ao plano de cuidados.

- Intervenção**
- Articulação com Endocrinologia e Medicina Interna para avaliação das comorbilidades.
 - Decisão multidisciplinar sobre a técnica cirúrgica mais apropriada.
 - Elaboração do Plano Individual de Cuidados (PIC) com orientações pré e pós-operatórias.
 - Aconselhamento sobre perda ponderal pré-operatória, caso indicado.
 - Esclarecimento sobre os impactos da cirurgia no estilo de vida e necessidade de adesão a novos hábitos.
 - Discussão sobre a suspensão ou ajuste de fármacos antes e após a cirurgia.
 - Definição do plano de atividade física para minimizar a perda de massa muscular pós-cirúrgica.

Consulta Pós-TCO

- Monitorização**
- Monitorização do estado clínico geral e recuperação cirúrgica.
 - Ajuste terapêutico e controlo de comorbilidades.
 - Monitorização de adesão plano de cuidados e impacto clínico.
 - Monitorização da estabilidade ponderal e evolução dos parâmetros metabólicos.

Plano de seguimento Pós-TCO

Plano de seguimento (3 anos)	1º ano → 2 avaliações.	1º mês
	2º ano → 1 avaliação.	3º mês
	3º ano → 1 avaliação.	9º mês
		18º mês
		36º mês

Bibliografia

Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, Kolotkin RL, LaMonte MJ, Pendleton RC, et al. Health Benefits of Gastric Bypass Surgery After 6 Years. *JAMA*. 2012 Sep 19;308(11):1122.

Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, et al. Pharmacological Management of Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015 Feb;100(2):342–62.

Armstrong SC, Bolling CF, Michalsky MP, Reichard KW, Haemer MA, Muth ND, et al. Pediatric Metabolic and Bariatric Surgery: Evidence, Barriers, and Best Practices. *Pediatrics*. 2019 Dec 1;144(6).

Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric Surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004 Oct 13;292(14):1724.

Busetto L, Dixon J, De Luca M, Shikora S, Pories W, Angrisani L. Bariatric Surgery in Class I Obesity. *Obes Surg*. 2014 Apr 18;24(4):487–519.

Christou N V., Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean APH, et al. Surgery Decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. *Ann Surg*. 2004 Sep;240(3):416–24.

Direção-Geral da Saúde. Norma no 029/2013 atualizada a 24/04/2015 Avaliação pré-anestésica para procedimentos eletivos. 2015.

Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen R V., et al. 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2023 Jan 7;33(1):3–14.

Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity. *Obes Facts*. 2008;1(1):52–9.

Fried M, Yumuk V, Oppert JM, Scopinaro N, Torres AJ, Weiner R, et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Facts*. 2013;6(5):449–68.

Frühbeck G. Bariatric and metabolic surgery: a shift in eligibility and success criteria. *Nat Rev Endocrinol*. 2015 Aug 9;11(8):465–77.

Garb J, Welch G, Zagarins S, Kuhn J, Romanelli J. Bariatric Surgery for the Treatment of Morbid Obesity: A Meta-analysis of Weight Loss Outcomes for Laparoscopic Adjustable Gastric Banding and Laparoscopic Gastric Bypass. *Obes Surg*. 2009 Oct 5;19(10):1447–55.

Greydanus DE, Agana M, Kamboj MK, Shebrain S, Soares N, Eke R, et al. Pediatric obesity: Current concepts. *Disease-a-Month*. 2018 Apr;64(4):98–156.

Hatoum IJ, Blackstone R, Hunter TD, Francis DM, Steinbuch M, Harris JL, et al. Clinical Factors Associated With Remission of Obesity-Related Comorbidities After Bariatric Surgery. *JAMA Surg*. 2016 Feb 1;151(2):130.

Hofsø D, Jenssen T, Bollerslev J, Ueland T, Godang K, Stumvoll M, et al. Beta cell function after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *Eur J Endocrinol*. 2011 Feb;164(2):231–8.

Inge TH, Zeller MH, Jenkins TM, Helmrath M, Brandt ML, Michalsky MP, et al. Perioperative Outcomes of Adolescents Undergoing Bariatric Surgery. *JAMA Pediatr*. 2014 Jan 1;168(1):47.

Inge TH. Surgical management of severe obesity in adolescents. Waltham (MA); 2023.

Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity. *Mayo Clin Proc*. 2017 Feb;92(2):251–65.

Maciejewski ML, Arterburn DE, Van Scoyoc L, Smith VA, Yancy WS, Weidenbacher HJ, et al. Bariatric Surgery and Long-term Durability of Weight Loss. *JAMA Surg*. 2016 Nov 1;151(11):1046.

Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, et al. Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Ann Intern Med*. 2005 Apr 5;142(7):547.

Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al. 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;25:1–75.

Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaiconelli A, Leccesi L, et al. Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2012 Apr 26;366(17):1577–85.

Padwal R, Klarenbach S, Wiebe N, Birch D, Karmali S, Manns B, et al. Bariatric surgery: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews*. 2011 Aug;12(8):602–21.

Pratt JSA, Browne A, Browne NT, Bruzoni M, Cohen M, Desai A, et al. ASMBS pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines, 2018. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2018 Jul;14(7):882–901.

Pratt JSA, Lenders CM, Dionne EA, Hoppin AG, Hsu GLK, Inge TH, et al. Best Practice Updates for Pediatric/Adolescent Weight Loss Surgery. *Obesity*. 2009 May 6;17(5):901–10.

Rebibo L, Maréchal V, De Lameth I, Dhahri A, Escoffier I, Lalau JD, et al. Compliance with a multidisciplinary team meeting's decision prior to bariatric surgery protects against major postoperative complications. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2017 Sep;13(9):1537–43.

Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, Schauer PR, Alberti KGMM, Zimmet PZ, et al. Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. *Diabetes Care*. 2016 Jun 1;39(6):861–77.

Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2017 Feb 16;376(7):641–51.

Sjöström CD, Peltonen M, Wedel H, Sjöström L. Differentiated Long-Term Effects of Intentional Weight Loss on Diabetes and Hypertension. *Hypertension*. 2000 Jul;36(1):20–5.

Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *New England Journal of Medicine*. 2004 Dec 23;351(26):2683–93.

The National Institutes of Health Consensus Development Panel. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med*. 1991 Dec 15;115(12):956–61.

Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J Surg*. 2016 Sep 4;40(9):2065–83.

ENFERMAGEM

Competências

A consulta será realizada por Enfermeiro, preferencialmente com formação específica em Obesidade.

Atividades	Comum a todas as faixas etárias	Específica para adultos	Específica para crianças e adolescentes
1ª Consulta TNCO (duração mínima prevista 30 a 60 min.)			
Avaliação	<p>Anamnese clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> História da evolução ponderal e eventos associados ao ganho de peso (fase dinâmica ou manutenção). Avaliação antropométrica: peso, estatura, IMC e perímetro da cintura. Medição da pressão arterial e frequência cardíaca. Sinais e sintomas de disfunção de órgãos ou sistemas associados à adiposidade excessiva Comportamentos e estilo de vida: avaliação breve dos hábitos alimentares, nível de atividade física e comportamentos sedentários, qualidade do sono e fadiga diurna, e hábitos tabágicos. Identificação de impacto emocional e dificuldades de adesão ao tratamento. Estágio da mudança: Modelo de Prochaska. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da imagem corporal, autoestima e expectativas. Impacto na qualidade de vida e bem-estar. Avaliação da quantidade e distribuição de adiposidade excessiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação clínica do período neonatal: tipo de parto, peso ao nascimento, aleitamento materno exclusivo, história de diabetes gestacional materna. História menstrual irregular, em raparigas. Avaliação da relação familiar e dinâmica parental. Avaliação do crescimento e desenvolvimento: curvas de crescimento da OMS (peso, estatura, IMC, perímetro da cintura ajustados ao sexo e à idade). Impacto psicossocial na integração escolar e relações interpessoais (<i>bullying</i>, autoestima, ansiedade).
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> Informação sobre os riscos e complicações da obesidade. Aconselhamento breve sobre comportamentos e estilo de vida: alimentação saudável, atividade física (adequada à condição clínica), qualidade do sono, e cessação tabágica, se aplicável. 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorização rigorosa dos efeitos adversos secundários e monitorizar o ajuste de terapêutica farmacológica. Promoção da autonomia e confiança da pessoa com obesidade na gestão do plano de cuidados e adesão à terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoção do envolvimento da família e equipas de Saúde Escolar na implementação do plano de cuidados. Promoção da saúde oral. Apoio psicossocial adicional para prevenir o impacto emocional da obesidade na infância e adolescência.

Intervenção

- Monitorização rigorosa dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica e decorrentes do ajuste de terapêutica farmacológica, considerando a idade e o impacto no crescimento e desenvolvimento.

Plano de seguimento 1ª consulta → 1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses.
(12 meses)

Consulta de seguimento TNCO (duração mínima prevista 20 min.)

Avaliação e Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das complicações associadas à obesidade conforme a 1ª consulta. • Reavaliação antropométrica e da composição corporal (peso, estatura, IMC, perímetro da cintura). • Avaliação dos parâmetros bioquímicos, se indicado. • Monitorização de adesão ao plano de cuidados e impacto clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização rigorosa dos efeitos adversos secundários e decorrentes do ajuste da terapêutica farmacológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação contínua do crescimento e desenvolvimento infantil com as curvas de crescimento da OMS. • Monitorização rigorosa dos efeitos secundários da terapêutica farmacológica e decorrentes do ajuste de terapêutica farmacológica, considerando a idade e o impacto no crescimento e desenvolvimento.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre os riscos e complicações da obesidade. • Aconselhamento para mudanças sustentáveis no estilo de vida. • Gestão de expectativas realistas sobre progressos e desafios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foco na melhoria dos indicadores de saúde (perda de peso e redução da adiposidade excessiva, controlo de comorbilidades, melhoria da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Foco na melhoria dos comportamentos e estilo de vida e em indicadores de saúde (controlo de comorbilidades, melhoria da funcionalidade, e qualidade de vida e bem-estar).

Bibliografia

Braga, V.A.S., et al., Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2017. 51.

Farias, A.P.d.E.C.d., et al., Assistência de enfermagem a pessoa com obesidade mórbida: um relato de experiência. International Journal of Development Research, 2022. 12.

Luce Kruse, M.H., et al., Saúde e obesidade: discursos de enfermeiras. Aquichan, 2012. 12(2): p. 109-121.

Moura, C.N., Importância da Enfermagem no Tratamento da Obesidade, in Enfermagem. 2023, Universidade do Vale do Taquari.

NUTRIÇÃO

Competências

A consulta será realizada por Nutricionista, preferencialmente com formação específica na área da Obesidade.

Atividades	Comum a todas as faixas etárias	Específica para adultos	Específica para crianças e adolescentes
1ª Consulta TNCO / 1ª Consulta Pré-TCO (duração prevista 30 a 60 min.)			
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • História clínica (fatores pessoais, familiares e socioambientais). • Avaliação antropométrica: peso, estatura, IMC, perímetro da cintura. • Análise de exames laboratoriais relacionados com o estado nutricional. • Exame físico com sinais e sintomas de deficiências nutricionais. • Avaliação da anamnese alimentar e nutricional, identificando o padrão alimentar prevalente antes da cirurgia (i.e, ingestão compulsiva de volume, ingestão compulsiva de frequência, ingestão emocional, consumo excessivo de doces, de refrigerantes e/ou álcool, entre outros). • Avaliação dos fatores facilitadores e das barreiras à intervenção nutricional • Avaliação de sintomas e efeitos adversos associados à terapêutica farmacológica, se aplicável. • Registo clínico conforme o Catálogo Português de Nutrição (CPN). 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da quantidade e distribuição de adiposidade excessiva. • Avaliação do impacto da obesidade na funcionalidade e no metabolismo. • Análise de risco para complicações metabólicas e cardiovasculares. • Monitorização do risco de síndrome metabólica e doenças associadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do crescimento e desenvolvimento: curvas de crescimento da OMS (peso, estatura, IMC, perímetro da cintura ajustados ao sexo e à idade). • Avaliação das necessidades energéticas específicas para crescimento e maturação. • Diagnóstico de possíveis carências nutricionais que possam afetar o crescimento.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico nutricional e outros diagnósticos com relevância para a avaliação do estado nutricional. • Registo do diagnóstico nutricional conforme o CPN. 		

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de objetivos personalizados para a intervenção nutricional. • Desenvolvimento de um plano alimentar estruturado e adequado às necessidades da pessoa com obesidade. • Educação alimentar e implementação de estratégias para mudança de comportamento. • Implementação de estratégias motivacionais para promover adesão ao plano alimentar. • Gestão de sintomas e efeitos adversos associados à terapêutica farmacológica, se aplicável. • Registo das intervenções no processo clínico eletrónico, conforme o CPN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da autonomia alimentar e confiança da pessoa com obesidade na gestão do peso a longo prazo. • Planeamento de estratégias para evitar recuperação ponderal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do envolvimento da família na implementação do plano de cuidados e no processo de reeducação alimentar. • Atividades e <i>workshops</i> para reforço de hábitos saudáveis.
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plano de seguimento (12 meses) 1ª consulta → 1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses.

Consulta de seguimento TNCO (duração mínima prevista 20 min.)

Avaliação e Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar o estado nutricional. • Monitorizar o estado do(s) diagnóstico(s) nutricional(is). • Avaliar a adesão ao plano alimentar e outros indicadores de resultado que permitam avaliar a evolução clínica e nutricional. • Avaliação de sintomas e efeitos adversos associados à terapêutica farmacológica, se aplicável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação contínua do crescimento e desenvolvimento infantil com as curvas de crescimento da OMS.
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Reajustar a intervenção nutricional conforme evolução clínica. • Gestão de sintomas e efeitos adversos associados à terapêutica farmacológica, se aplicável. • Gestão de barreiras à implementação do plano de cuidados, se aplicável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposta de novos objetivos de intervenção nutricional, conforme evolução clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposta de novos objetivos de intervenção nutricional, conforme evolução clínica e adaptados à idade e contexto familiar.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta Peri-TCO (duração 30 a 60 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do plano alimentar conforme protocolos da Unidade/Serviço de Nutrição. • Ensino sobre dietas líquidas e pastosas no pós-operatório imediato. • Prescrição de suplementação nutricional conforme necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da adesão às restrições alimentares no pré e pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação do adolescente e do cuidador sobre as adaptações necessárias após a cirurgia.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta Pós-operatório e alta (duração prevista 30 a 60 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da adesão ao plano alimentar e suplementação nutricional. • Monitorização da evolução ponderal e ajuste das necessidades nutricionais. • Ajuste da suplementação vitamínica, mineral e proteica conforme evolução clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da reintrodução alimentar e progressão da dieta, conforme tolerância. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço das orientações nutricionais para garantir suporte adequado ao crescimento e desenvolvimento.
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta Pós-TCO (duração prevista 30 a 60 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do estado nutricional e das comorbilidades associadas. • Ajuste do plano alimentar para otimizar a resposta ao tratamento. • Avaliação da adesão à suplementação nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do impacto da cirurgia no metabolismo e absorção de nutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço das orientações nutricionais para garantir suporte adequado ao crescimento e desenvolvimento.
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta de Nutrição (seguimento telefónico ou em videochamada)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Contato telefónico para reforço da adesão ao plano alimentar e esclarecimento de dúvidas. • Identificação de dificuldades na implementação da dieta prescrita 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da adaptação às mudanças alimentares no pós-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas dos cuidadores sobre alimentação e suplementação
Plano de Seguimento Pós-TCO (3 anos)	1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses → 18º mês → 24º mês → 36º mês	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da estabilidade ponderal e prevenção da recuperação do peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia do aporte nutricional adequado ao crescimento e desenvolvimento.

Bibliografia

Breen, C., et al., Obesity in Adults: A 2022 Adapted Clinical Practice Guideline for Ireland. Obesity Facts, 2022. 15(6): p. 736-752.

Durrer Schutz, D., et al., European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obesity Facts, 2019. 12(12): p. 40-66.

Hampl, S.E., et al., Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. Pediatrics, 2023. 151(2).

Hassapidou, M., et al., EASO and EFAD Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. Obes Facts, 2023. 16(1): p. 29-52.

Hassapidou, M., et al., European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians. Obes Facts, 2023. 16(1): p. 11-28.

J, B., et al., Medical Nutrition Therapy in Obesity Management, in Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. 2020.

Pepe, R.B., et al., Position statement on nutrition therapy for overweight and obesity: nutrition department of the Brazilian association for the study of obesity and metabolic syndrome (ABESO-2022). Diabetol Metab Syndr, 2023. 15(1): p. 124.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, et al., Documento de apoio ao Catálogo Português de Nutrição. 2022, Direção-Geral da Saúde: Lisboa.

Swan, W.I., et al., Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2017. 117(12): p. 2003-2014.

Wharton, S., et al., Obesity in adults: a clinical practice guideline. Canadian Medical Association Journal, 2020. 192(31): p. E875.

Yumuk, V., et al., European Guidelines for Obesity Management in Adults. The European Journal of Obesity: Obesity Facts, 2015. 8: p. 402-424.

SAÚDE MENTAL

Competências

A consulta será realizada por Psicólogo e/ou Psiquiatra, com formação específica na área da Obesidade.

Atividades	Comum a todas as faixas etárias	Específica para adultos	Específica para crianças e adolescentes
1ª Consulta TNCO (duração prevista 30 a 60 min.)			
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • História de peso e impacto psicológico associado. • Identificação das tentativas prévias de perda de peso e impacto na saúde mental. • Avaliação dos padrões alimentares e investigação de perturbações do comportamento alimentar (binge eating, síndrome de hiperfagia noturna, bulimia nervosa). • Avaliação do impacto emocional da obesidade, incluindo autoestima, ansiedade e sintomas depressivos. • Identificação de barreiras emocionais para a adesão ao tratamento. • Diagnóstico de perturbações emocionais e do comportamento alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do impacto da obesidade na qualidade de vida e bem-estar. • Identificação de fatores de stress psicossocial que possam interferir na adesão ao tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da relação familiar e dinâmica parental e do impacto no comportamento alimentar. • Avaliação de efeitos psicológicos do excesso de peso, incluindo <i>bullying</i> e isolamento social. • Avaliação de possíveis dificuldades cognitivas ou perturbações do neurodesenvolvimento associadas.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da entrevista motivacional para promover mudanças comportamentais. • Desenvolvimento de um plano individual de intervenção psicológica. • Utilização de estratégias terapêuticas adaptadas (automonitorização do comportamento, reforço positivo, controlo de estímulos, reestruturação cognitiva). • Participação em grupos terapêuticos psicoeducacionais e de terapia cognitivo-comportamental para fortalecimento da adesão ao tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foco na autogestão emocional e comportamental para manutenção do peso a longo prazo. • Desenvolvimento de estratégias para evitar recaídas e prevenir a compulsão alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da família e/ou rede social de apoio no tratamento. • Implementação de atividades lúdicas para reforço de hábitos saudáveis.
Plano de seguimento (12 meses)	1ª consulta → 1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses.		

Consulta Pré-TCO (duração mínima prevista 30 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e intervenção psicológica para determinar a aptidão para a cirurgia. • Caracterização do comportamento alimentar e outros fatores psicológicos relevantes. • Reforço do compromisso com o plano de tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do impacto psicológico da cirurgia e adaptação ao novo estilo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da motivação do adolescente para a cirurgia e envolvimento da família.
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta Pós-TCO (duração mínima prevista 30 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão individual no primeiro mês pós-cirurgia para monitorização do ajustamento psicológico. • Participação em grupos de intervenção pós-cirurgia para reforço de estratégias de autocontrolo e gestão emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço das estratégias de adaptação à mudança da imagem corporal e do estilo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção familiar para facilitar a adesão ao plano pós-cirúrgico e manutenção do peso.
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta de Saúde Mental (seguimento telefónico ou em videochamada)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto telefónico para reforço da adesão ao plano de cuidados e monitorização de sintomas emocionais. • Identificação de dificuldades na adaptação ao tratamento e intervenção precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da estabilidade emocional e prevenção de recaídas. • Monitorização contínua da adaptação psicológica e da manutenção da mudança comportamental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio aos cuidadores e reforço das estratégias para promover hábitos saudáveis.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plano de Seguimento Pós-TCO (3 anos)	1º ano → 2 avaliações. 2º ano → 1 avaliação. 3º ano → 1 avaliação.	1º mês → 6º mês → 12º mês → 18º mês → 24º mês → 36º mês.
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Bibliografia

Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. [Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D]. Acta Med Port. 2013;26(6):664-75

Guisado J, Vaz F, Alarcón J, Agustin B, Casado M, Rubio M. Psicopatología en doentes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. Revista Cubana de Endocrinología. 2002;13(1).

Ordem dos Psicólogos, Contributos dos Psicólogos e Psicólogas para a Prevenção e Gestão da Obesidade Clínica e Pré-Clínica. 2025: Lisboa.

Purnell J. Definitions, Classification, and Epidemiology of Obesity. South Dartmouth: MDText.com, Inc.; 2023.

Sarwer DB, Fabricatore AN. Psychiatric Considerations of the Massive Weight Loss Patient. Clin Plast Surg. 2008 Jan;35(1):1-10.

Sogg S, Gorman M. Interpersonal changes and challenges after weight-loss surgery. Prim psychiatry. 2008;15:61-6.

ATIVIDADE FÍSICA

Competências

A consulta será realizada por Fisioterapeuta e/ou Médico Fisiatra, preferencialmente com formação específica na área da Obesidade, atividade física e exercício.

Atividades	Comum a todas as faixas etárias	Específica para adultos	Específica para crianças e adolescentes
1ª Consulta TNCO / Consulta Pré-TCO (duração mínima prevista 30 a 60 min.)			
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Classificação da funcionalidade. • Avaliação de sinais vitais e fisiológicos. • Avaliação antropométrica: peso, estatura, IMC e perímetro da cintura. • Análise da aptidão cardiorrespiratória através de testes de esforço submáximos (teste dos seis minutos de marcha ou teste Chester Step). • Avaliação da flexibilidade, força, resistência e risco de queda (teste Arm Curl, Sit to Stand, Timed Up and Go, Força da preensão da mão). • Avaliação postural e identificação de comportamentos sedentários através de sensores de movimento. • Avaliação e identificação dos fatores facilitadores e barreiras à prática de atividade física e de exercício físico. • Determinação da frequência cardíaca de treino (fórmula de Karvonen). • Avaliação da dispneia e fadiga em tempo real (Escala de Borg, Escala de Fletcher modificada). 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do impacto da obesidade na mobilidade e capacidade funcional. • Identificação de barreiras para a adesão a um programa regular de atividade física. • Avaliação do medo de cair e risco de quedas [Falls Efficacy Scale-International (FES-I); Sit-to-stand test (STS)]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do desenvolvimento motor e postural. • Avaliação da influência da obesidade no rendimento escolar e na participação em atividades físicas.

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de dor e incontinência urinária de esforço (questionário ICIQ-SF). • Definição de metas para a reabilitação e melhoria da mobilidade.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento sobre riscos do sedentarismo e promoção de atividades seguras e eficazes. • Elaboração do Plano Individual de Cuidados (PIC) com recomendações personalizadas para atividade física e, quando aplicável para exercício físico, ou para recuperação funcional. • Ensino de estratégias para a mobilidade articular e postura adequada. • Planeamento de exercícios adaptados às necessidades individuais, garantindo uma abordagem biopsicossocial. • Encaminhamento para respostas comunitárias com profissionais credenciados em exercício físico para apoio na implementação do plano. <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque na autonomia funcional e na melhoria da tolerância ao esforço. • Estratégias para evitar complicações musculoesqueléticas e prevenir a perda de massa muscular na perda ponderal. • Promoção da atividade física de forma lúdica e motivadora. • Envolvimento dos pais/cuidadores na promoção da adesão ao plano de atividade física.

Plano de seguimento (12 meses) 1ª consulta → 1 mês → 2 meses → 3 meses → 6 meses → 12 meses.

Consulta Peri-TCO (duração mínima prevista 30 a 60 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino de exercícios adequados ao período perioperatório para prevenção de complicações respiratórias e tromboembolismo venoso. • Treino com inspirómetro de incentivo e técnicas de desobstrução brônquica. • Promoção da mobilidade precoce para evitar complicações associadas à imobilidade. • Planeamento do exercício físico adequado à nova condição clínica e de reabilitação pós-cirúrgica para recuperação da mobilidade e prevenção da atrofia muscular. • Esclarecimento acerca das restrições nas atividades de vida diária e na atividade física no primeiro mês pós-cirurgia.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta de seguimento TNCO (duração mínima prevista 30 a 60 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da implementação do plano de atividade física e ajuste conforme necessidade. • Reavaliação da funcionalidade e do impacto da atividade física e ajuste de objetivos, se necessário. • Identificação e correção de alterações posturais e de mobilidade articular. • Avaliação de lesões músculo-esqueléticas e referência para outros profissionais, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço da importância da atividade física na manutenção da perda ponderal e prevenção de recidivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste do plano de atividade física consoante objetivos pretendidos e a adesão do próprio.
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta Pós-TCO (duração mínima prevista 30 a 60 min.)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação da condição física e funcionalidade após a cirurgia. • Monitorização da tolerância ao plano de atividade física e adaptação progressiva. • Intervenção ou referência para outros profissionais, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste do plano de exercícios para manter o desempenho físico e funcional a longo prazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento próximo para garantir que a atividade física seja bem integrada na rotina do adolescente.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Consulta de acompanhamento telefónico (seguimento telefónico ou em videochamada)

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto telefónico para reforço da adesão ao plano de atividade física e esclarecimento de dúvidas. • Identificação de dificuldades na implementação do plano e intervenção precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da motivação e da adesão ao plano de exercícios a longo prazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio aos cuidadores para garantir a continuidade da atividade física na rotina da criança e adolescente.
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plano de Seguimento Pós-TCO (3 anos)	<p>1º ano → 3 avaliações.</p> <p>2º ano → 1 avaliação.</p> <p>3º ano → 1 avaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização contínua da adaptação à atividade física e da evolução funcional. 	<p>2º mês → 6º mês → 12º mês</p> <p>→ 24º mês → 36º mês</p>
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Bibliografia

American College of Sports Medicine. ACSM's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Lippincott Williams and Wilkins; 2020.

American Thoracic Society. ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002 Jul 1;166(1):111-7.

Berg K. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*. 1989 Nov;41(6):304-11.

Borg G. Borg's Perceived Exertion and Pain Scales. *Human Kinetics*; 1998.

Bruun IH, Mogensen CB, Nørgaard B, Schiøttz-Christensen B, Maribo T. Validity and Responsiveness to Change of the 30-Second Chair-Stand Test in Older Adults Admitted to an Emergency Department. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2019 Oct;42(4):265-74.

Dite W, Temple VA. A clinical test of stepping and change of direction to identify multiple falling older adults. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(11):1566-71. DOI: 10.1053/apmr.2002.35469

Craig, C. L., et al. (2003). "International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity." *Med Sci Sports Exerc* 35: 1381-95.

Evenson KR, Goto MM, Furberg RD. Systematic review of the validity and reliability of consumer-wearable activity trackers. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2015 Dec 18;12(1):159.

Jácome C, Sequeira M, Vieira A, Barbosa P, Pinho T. Instrumentos de medida em fisioterapia cardiorrespiratória. Lisboa; 2019.

Jensen M, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: *Handbook of pain assessment*. The Guilford Press; 1992. p. 135-51.

Jones CJ, Rikli RE, Max J, Noffal G. The Reliability and Validity of a Chair Sit-and-Reach Test as a Measure of Hamstring Flexibility in Older Adults. *Res Q Exerc Sport*. 1998 Dec;69(4):338-43.

King WC, Bond DS. The Importance of Preoperative and Postoperative Physical Activity Counseling in Bariatric Surgery. *Exerc Sport Sci Rev*. 2013 Jan;41(1):26-35.

Lobelo F, Rohm Young D, Sallis R, Garber MD, Billinger SA, Duperly J, et al. Routine Assessment and Promotion of Physical Activity in Healthcare Settings: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2018 May;137(18).

Marques-Vieira CMA, Sousa LMM, Sousa LMR, Berenguer SMAC. Validação da Falls Efficacy Scale – International numa amostra de idosos portugueses. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl 2):747-54. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0497

Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb 27;39(2):142-8.

Riebe D, Franklin BA, Thompson PD, Garber CE, Whitfield GP, Magal M, et al. Updating ACSM's Recommendations for Exercise Preparticipation Health Screening. *Med Sci Sports Exerc.* 2015 Nov;47(11):2473–9.

Rikli R, Jones C. Senior fitness test manual. Human Kinetics; 2013.

Ruiz-Tovar, J., Marc-Hernandez, A. (2023). *Physical Activity and Bariatric surgery*. Springer.

Sykes K, Roberts A. The Chester step test - a simple yet effective tool for the prediction of aerobic capacity. *Physiotherapy.* 2004 Dec;90(4):183–8.

Teran J, Sparks K, Quinn L, Fernandez B, Krey S, Steffee W. Percent body fat in obese white females predicted by anthropometric measurements. *Am J Clin Nutr.* 1991 Jan;53(1):7–13.

Uren AD, Cotterill N, Pardoe M, Abrams P. The International Consultation on Incontinence Questionnaires (ICIQ): An update on status and direction. *Neurourol Urodyn.* 2020 Aug 22;39(6):1889–96.

Vaishya, R., Misra, A., Vaish, A. et al. (2024). Hand grip strength as a proposed new vital sign of health: a narrative review of evidences. *J Health Popul Nutr* 43, 7.

World Physiotherapy. Policy statement: Community based rehabilitation. London, UK: World Physiotherapy; 2023.

ANEXO 12. REFERENCIAÇÃO PARA TNCO - ADULTO

Tabela 9. **Comorbilidades a considerar na referenciação para TNCO da pessoa adulta.**

Alterações da glicemia	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 descompensada ou com complicações micro e macro-vasculares
Alterações perfil lipídico	Dislipidemia não controlada (após otimização de terapêutica nos CSP)
Doenças cardiovasculares	Hipertensão arterial não controlada (após otimização de terapêutica nos CSP)
	Doença aterosclerótica arterial
	Insuficiência cardíaca
	Antecedentes de tromboembolismo pulmonar
	Insuficiência venosa crónica grave dos membros inferiores (Classificação clínica \geq C4)
Doenças renais/vias urinárias	Insuficiência renal crónica
	Incontinência urinária grave ou de esforço
Doenças gastrointestinais	Esteatose hepática associada a disfunção metabólica
	Doença do refluxo gastroesofágico
	Doenças da vesícula biliar
Doenças pulmonares	Síndrome da apneia obstrutiva do sono
	Síndrome de Pickwick
	Asma
Doenças músculo-esqueléticas	Osteoartrite/Dor crónica da coluna com limitação funcional superior a 25%, avaliada por aplicação da Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF)
Neoplasias	Neoplasias em tratamento
Outras	Síndrome do ovário poliquístico
	Hipertensão intracraniana idiopática

Tabela 10. **Alterações do eixo hipotálamo-hipófise-tiroide/adrenal/gónadas a considerar na referenciação para TNCO.**

Eixo hipotálamo-hipófise-tiroide	Hipotiroidismo (não controlado após otimização terapêutica nos CSP)
Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal	Hipercortisolismo
Eixo hipotálamo-hipófise-gónadas	Hipogonadismo
Eixo somatotrópico	Lesões anatómicas estruturais da glândula hipófise que podem levar a hipopituitarismo
	Hipertensão intracraniana idiopática (ou pseudotumor cerebral)
Outras alterações do eixo hipotálamo-hipófise	Síndrome da sela turca vazia
	Síndrome de Prader-Willi
	Presença de craniofaringiomas

Bibliografia

Markovic, T.P., et al., The Australian Obesity Management Algorithm: A simple tool to guide the management of obesity in primary care. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2022. 16(5): p. 353-363.

National Health and Medical Research Council, Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. 2013, National Health and Medical Research Council, Melbourne.

ANEXO 13. REFERENCIAÇÃO PARA TNCO - CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tabela 11. **Comorbilidades ou possível causa secundária a considerar na referenciação para TNCO das crianças e adolescentes.**

TNCO	<p>Possível causa secundária: Idade de início < 6 anos Hipotireoidismo Baixa Estatura Fácies Dismórfica Atraso de Desenvolvimento/Microcefalia Alterações da Pigmentação Cutânea / Cabelo Ruivo Retinite/Surdez Alterações Esqueléticas Patologia Cardíaca/Renal Puberdade Precoce / Atraso Pubertário /Micropênis /Criptorquidia Patologia do Sistema Nervoso Central (infecciosa, traumática, neoplásica) História Familiar (1º ou 2º grau) de Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 História Familiar de Doença Cardiovascular com < 40 anos</p>
	<p>Comorbilidades: Episódio de Pseudotumor Cerebri Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono PA (Pressão Arterial) > P90 para o sexo, idade e estatura Intolerância à Glicose / Hiperinsulinemia / Acantose Nigricante Dislipidemia ALT (Alanina aminotransferase) ≥ 70 UI/L Síndrome do Ovário Poliquístico (oligomenorreia, acne, hirsutismo) Epifisiólise Femural/ Varismo Tibial Perturbação do comportamento alimentar (bulimia, binge eating, hiperfagia) Depressão / Dependência de álcool ou outras substâncias aditivas</p>

Bibliografia

- Bagchi D, Preuss H. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention. Second. CRC Press; 2012.
- Bray GA, Ryan DH. Medical Therapy for the Patient With Obesity. *Circulation*. 2012 Apr 3;125(13):1695–703.
- Gibson P, Edmunds L, Haslam DW, Poskitt E. An approach to weight management in children and adolescents (2-18 years) in primary care. *J Fam Health Care*. 2002;12(4):108–9.
- Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity. *Mayo Clin Proc*. 2017 Feb;92(2):251–65
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Overweight and obesity management (NG246). 2025. NICE: London.
- Viner RM, White B, Barrett T, Candy DCA, Gibson P, Gregory JW, et al. Assessment of childhood obesity in secondary care: OSCA consensus statement. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2012 Jun 18;97(3):98–105.
- Whitlock E, O'Connor E, Williams S, Beil T, Lutz K. Effectiveness of Primary Care Interventions for Weight Management in Children and Adolescents. In: Targeted Systematic Review for the United States Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.

ANEXO 14. FÁRMACOS PARA A OBESIDADE APROVADOS PELA AGÊNCIA EUROPEIA DO MEDICAMENTO

Tabela 11. **Fármacos para a obesidade aprovados pela Agência Europeia do Medicamento.**

	ORLISTATO	NALTREXONA/ BUPROPIOM	LIRAGLUTI- DO 3 mg	SEMAGLUTIDO 2,4 mg	TIRZEPATIDA	SETMELA- NOTIDA
Prescrição	Núcleo Cuidados Hospitalares	Núcleo Cuidados Hospitalares	Núcleo Cuidados Hospitalares	Núcleo Cuidados Hospitalares	Núcleo Cuidados Hospitalares	Núcleo Cuidados Hospitalares
Crianças e adolescentes			X			X
Adultos	X	X	X	X	X	X
Propriedades farmacológi- cas	Inibidor re- versível das lipases gástri- ca e pancreá- tica, inibindo a absorção da gordura alimentar	A naltrexona é um antago- nista opioide/ bupropiom é um inibidor seletivo da recaptação da dopamina e norepinefrina	Agonista do recetor do GLP-1	Agonista do recetor do GLP-1	Agonista do recetor do GLP-1/GIP	Medicamento órfão, para tratamento de obesidade de causa gené- tica
Indicações terapêuticas	Em associa- ção com uma intervenção nutricional com restrição energética, para o tra- tamento da pessoa adulta com obesida- de com IMC \geq a 30 kg/m ² ou em pessoas com pré-obe- sidade (IMC \geq 28 Kg/m ²) com fatores de risco car- diometabólico	Em associa- ção com uma intervenção nutricional com restrição energética e com aumento da atividade física, para o tratamento da pessoa adulta com um IMC \geq 30 kg/m ² ou \geq 27 kg/m ² a < 30 kg/m ² na presença de uma ou mais comorbilida- des relacio- nadas com o excesso de peso (por exemplo dia- betes <i>mellitus</i> tipo 2, disli- pidemia ou hipertensão controlada)	Em associa- ção com uma intervenção nutricional com restrição energética e de um au- mento da ati- vidade física para o contro- lo do peso na pessoa adulta com IMC \geq 35 kg/m ² na presença de hiperglicemia sem diag- nóstico de diabetes tipo 2 (HbA1c entre 6,0-6,4% ou glicemia em jejum entre 100-125 mg/ dL) e elevado risco cardio- vascular.	Em associa- ção com uma intervenção nutricional com restrição energética e de um au- mento da ati- vidade física para o contro- lo do peso na pessoa adulta com IMC \geq 35 kg/m ² na presença de, pelo menos, uma comorbi- lidade rela- cionada com o excesso de adiposidade, ou com IMC \geq 30 kg/m ² a <34,9 kg/m ² , na presen- ça de, pelo menos, uma comorbilidade relacionada com o exces- so de adiposi	Em associa- ção com uma intervenção nutricional com restrição energética e de aumento da atividade física para o controlo de peso na pessoa adulta com obesida- de, com IMC \geq 35 kg/m ² e pelo menos uma comorbi- lidade relacionada com o exces- so de adiposi- dade.	Em adultos e crianças \geq 2 anos com perda de fun- ção bialélica no gene da pró-opio- melanocor- tina (POMC), incluindo PCSK1, e deficiência ou deficiência bialélica do gene recetor da leptina (LEPR), ge- neticamente confirmadas.

Indicações terapêuticas*

Em adolescentes a partir dos 12 anos com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) e que pesem mais de 60 kg, em complemento de uma alimentação e de um aumento da atividade física.

Em adolescentes a partir dos 12 anos com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) e que pesem mais de 60 kg, em complemento de uma alimentação e de um aumento da atividade física.

*Indicações terapêuticas adaptadas da guideline da National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2025.

Bibliografia

Infarmed. Resumo de Características do Medicamento: Tirzepatida

Infarmed. Resumo de Características do Medicamento: Wegovy; INN semaglutide.

Infarmed. Resumo de Características do Medicamento: XENICAL, INN - orlistat.

Infarmed. Resumo de Características do Medicamento: Mysimba, INN-naltrexone hydrochloride, bupropion hydrochloride.

Infarmed. Resumo de Características do Medicamento: Saxenda, INN-liraglutide.

Infarmed. Resumo de Características do Medicamento: IMCIVREE, INN-setmelanotide.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Overweight and obesity management (NG246). 2025. NICE: London.

ANEXO 15. CRITÉRIOS DE SUCESSO E INSUCESSO TERAPÊUTICO DO TNCO

Adultos:

	SUCESSO TERAPÊUTICO	INSUCESSO TERAPÊUTICO
Núcleo de Cuidados de Saúde Primários TI ≥ 12 meses	Perda de peso >5% Continuar o acompanhamento em consultas de vigilância com o Núcleo de Cuidados de Saúde Primários	Perda de peso < 5% Considerar referência para o Núcleo de Cuidados Hospitalares , independentemente da presença de comorbidades
Núcleo de Cuidados Hospitalares TI ≥ 12 meses	Perda de peso > 5% Considerar encaminhar para acompanhamento em consultas de vigilância com o Núcleo de Cuidados de Saúde Primários	Perda de peso < 5% Considerar eventual prolongamento do acompanhamento em TNCO, mas se IMC ≥ 35 kg/m ² e ≥ 1 comorbidade, considerar referência para o Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos

Crianças e adolescentes:

	SUCESSO TERAPÊUTICO	INSUCESSO TERAPÊUTICO
Núcleo de Cuidados de Saúde Primários TI ≥ 12 meses	Manutenção do percentil de peso ou redução do percentil de IMC, ajustado ao sexo e à idade Continuar o acompanhamento em consultas de vigilância com o Núcleo de Cuidados de Saúde Primários	Aumento do percentil de IMC Considerar referência para o Núcleo de Cuidados Hospitalares ,
Núcleo de Cuidados Hospitalares TI ≥ 12 meses	Manutenção do percentil de peso ou redução do percentil de IMC, ajustado ao sexo e à idade Considerar encaminhar para acompanhamento em consultas de vigilância com o Núcleo de Cuidados de Saúde Primários	Aumento do percentil de IMC Considerar eventual prolongamento do acompanhamento em TNCO, mas se IMC ≥ 120% e < 140% do percentil 95 ou IMC ≥ 35 kg/m ² com pelo menos uma comorbidade e idade a partir dos 15 anos, considerar referência para o Núcleo de Cuidados Hospitalares Cirúrgicos

Bibliografia

Breen, C., et al., Obesity in Adults: A 2022 Adapted Clinical Practice Guideline for Ireland. *Obesity Facts*, 2022. 15(6): p. 736-752.

Durrer Schutz, D., et al., European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obesity Facts*, 2019. 12(12): p. 40-66.

Hampl, S.E., et al., Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 2023. 151(2).

Jensen, M.D., et al., 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*, 2014. 129(25_suppl_2): p. S102-S138.

Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity. *Mayo Clin Proc*. 2017 Feb;92(2):251-65.

National Health and Medical Research Council, Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. 2013. National Health and Medical Research Council.; Melbourne.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Overweight and obesity management (NG246). 2025. NICE: London.

Wharton, S., et al., Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 2020. 192(31): p. E875.

ANEXO 16. COMORBILIDADES A CONSIDERAR NA REFERENCIAÇÃO PARA TCOTabela 12. **Comorbilidades a considerar na referenciação para TCO Adultos.**

Alterações da glicemia	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 ou elevado risco para o seu desenvolvimento (insulinorresistência, pré-diabetes ou síndrome metabólica)
Doenças cardiovasculares	Hipertensão arterial não controlada Insuficiência venosa crónica grave dos membros inferiores (Classificação clínica \geq C4)
Doenças renais/vias urinárias	Incontinência urinária grave ou de esforço
Doenças gastrointestinais	Doença hepática associada a doença metabólica/esteato-hepatite associada a doença metabólica Doença do refluxo gastroesofágico
Doenças pulmonares	Síndrome da apneia obstrutiva do sono Síndrome de Pickwick Asma
Doenças músculo-esqueléticas	Doença osteoarticular degenerativa
Outras	Síndrome do ovário poliquístico Hipertensão intracraniana idiopática

Tabela 13. **Comorbilidades a considerar na referenciação para TCO Adolescentes.**

TCO	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 Dislipidemia Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono Alterações hepáticas - severa ou progressiva Esteato-Hepatite associada a doença metabólica (NAFLD/NASH) <i>Pseudotumor Cerebri</i> Doença Osteoarticular Hipertensão Arterial Doença de refluxo gastroesofágico Alteração significativa da autonomia nas atividades de vida (conforme Tabela Nacional de Funcionalidade)
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bibliografia

- Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, Kolotkin RL, LaMonte MJ, Pendleton RC, et al. Health Benefits of Gastric Bypass Surgery After 6 Years. *JAMA*. 2012 Sep 19;308(11):1122.
- Agha M, Agha R. The rising prevalence of obesity: part A: impact on public health. *Int J Surg Oncol (N Y)*. 2017 Aug;2(7):e17–e17.
- Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, et al. Pharmacological Management of Obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015 Feb;100(2):342–62.
- Armstrong S, Lazorick S, Hampl S, Skelton JA, Wood C, Collier D, et al. Physical Examination Findings Among Children and Adolescents With Obesity: An Evidence-Based Review. *Pediatrics*. 2016 Feb 1;137(2).
- Armstrong SC, Bolling CF, Michalsky MP, Reichard KW, Haemer MA, Muth ND, et al. Pediatric Metabolic and Bariatric Surgery: Evidence, Barriers, and Best Practices. *Pediatrics*. 2019 Dec 1;144(6).
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric Surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004 Oct 13;292(14):1724.
- Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, Banel D, Jensen MD, Pories WJ, et al. Weight and Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Med*. 2009 Mar;122(3):248-256.e5.
- Buchwald H, Rudser KD, Williams SE, Michalek VN, Vagasky J, Connett JE. Overall Mortality, Incremental Life Expectancy, and Cause of Death at 25 Years in the Program on the Surgical Control of the Hyperlipidemias. *Ann Surg*. 2010 Jun;251(6):1034–40.
- Busetto L, Dixon J, De Luca M, Shikora S, Pories W, Angrisani L. Bariatric Surgery in Class I Obesity. *Obes Surg*. 2014 Apr 18;24(4):487–519. Direção-Geral da Saúde. Norma no 029/2013 atualizada a 24/04/2015 - Avaliação pré-anestésica para procedimentos eletivos. 2015.
- Christou N V., Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean APH, et al. Surgery Decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. *Ann Surg*. 2004 Sep;240(3):416–24.
- Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen R V., et al. 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2023 Jan 7;33(1):3–14.
- Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity. *Obes Facts*. 2008;1(1):52–9.
- Fried M, Yumuk V, Oppert JM, Scopinaro N, Torres AJ, Weiner R, et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Facts*. 2013;6(5):449–68.
- Frühbeck G. Bariatric and metabolic surgery: a shift in eligibility and success criteria. *Nat Rev Endocrinol*. 2015 Aug 9;11(8):465–77.

Garb J, Welch G, Zagarins S, Kuhn J, Romanelli J. Bariatric Surgery for the Treatment of Morbid Obesity: A Meta-analysis of Weight Loss Outcomes for Laparoscopic Adjustable Gastric Banding and Laparoscopic Gastric Bypass. *Obes Surg*. 2009 Oct 5;19(10):1447–55.

Greydanus DE, Agana M, Kamboj MK, Shebrain S, Soares N, Eke R, et al. Pediatric obesity: Current concepts. *Disease-a-Month*. 2018 Apr;64(4):98–156.

Hatoum IJ, Blackstone R, Hunter TD, Francis DM, Steinbuch M, Harris JL, et al. Clinical Factors Associated With Remission of Obesity-Related Comorbidities After Bariatric Surgery. *JAMA Surg*. 2016 Feb 1;151(2):130.

Hofsø D, Jenssen T, Bollerslev J, Ueland T, Godang K, Stumvoll M, et al. Beta cell function after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *Eur J Endocrinol*. 2011 Feb;164(2):231–8.

Hofsø D, Nordstrand N, Johnson LK, Karlsen TI, Hager H, Jenssen T, et al. Obesity-related cardiovascular risk factors after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *Eur J Endocrinol*. 2010 Nov;163(5):735–45.

Inge TH. *Surgical management of severe obesity in adolescents*. Waltham (MA); 2023.

Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity. *Mayo Clin Proc*. 2017 Feb;92(2):251–65.

Maciejewski ML, Arterburn DE, Van Scoyoc L, Smith VA, Yancy WS, Weidenbacher HJ, et al. Bariatric Surgery and Long-term Durability of Weight Loss. *JAMA Surg*. 2016 Nov 1;151(11):1046.

Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, et al. Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Ann Intern Med*. 2005 Apr 5;142(7):547.

Marek RJ, BenPorath YS, Heinberg LJ. Understanding the role of psychopathology in bariatric surgery outcomes. *Obesity Reviews*. 2016 Feb 18;17(2):126–41.

Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al. 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;25:1–75.

Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaiconelli A, Leccesi L, et al. Bariatric Surgery versus Conventional Medical Therapy for Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2012 Apr 26;366(17):1577–85.

Padwal R, Klarenbach S, Wiebe N, Birch D, Karmali S, Manns B, et al. Bariatric surgery: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews*. 2011 Aug;12(8):602–21.

Pantalone KM, Hobbs TM, Chagin KM, Kong SX, Wells BJ, Kattan MW, et al. Prevalence and recognition of obesity and its associated comorbidities: cross-sectional analysis of electronic health record data from a large US integrated health system. *BMJ Open*. 2017 Nov 16;7(11):e017583.

Picot J, Jones J, Colquitt J, Gospodarevskaya E, Loveman E, Baxter L, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2009 Sep;13(41).

Pontiroli AEW, Morabito A. Long-term prevention of mortality in morbid obesity through bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis of trials performed with gastric banding and gastric bypass. York: Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2011.

Pratt JSA, Browne A, Browne NT, Bruzoni M, Cohen M, Desai A, et al. ASMBS pediatric metabolic and bariatric surgery guidelines, 2018. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2018 Jul;14(7):882–901.

Pratt JSA, Lenders CM, Dionne EA, Hoppin AG, Hsu GLK, Inge TH, et al. Best Practice Updates for Pediatric/Adolescent Weight Loss Surgery. *Obesity*. 2009 May 6;17(5):901–10.

Rebibo L, Maréchal V, De Lameth I, Dhahri A, Escoffier I, Lalau JD, et al. Compliance with a multidisciplinary team meeting's decision prior to bariatric surgery protects against major postoperative complications. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2017 Sep;13(9):1537–43.

Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, Schauer PR, Alberti KGMM, Zimmet PZ, et al. Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. *Diabetes Care*. 2016 Jun 1;39(6):861–77.

Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2017 Feb 16;376(7):641–51.

Sjöström CD, Peltonen M, Wedel H, Sjöström L. Differentiated Long-Term Effects of Intentional Weight Loss on Diabetes and Hypertension. *Hypertension*. 2000 Jul;36(1):20–5.

Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *New England Journal of Medicine*. 2004 Dec 23;351(26):2683–93.

The National Institutes of Health Consensus Development Panel. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med*. 1991 Dec 15;115(12):956–61.

Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J Surg*. 2016 Sep 4;40(9):2065–83.

Yska JP, van Roon EN, de Boer A, Leufkens HGM, Wilffert B, de Heide LJM, et al. Remission of Type 2 Diabetes *Mellitus* in Patients After Different Types of Bariatric Surgery. *JAMA Surg*. 2015 Dec 1;150(12):1126.

ANEXO 17. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DA OBESIDADE

Gastrectomia Vertical (Sleeve Gástrico)

A revisão sistemática da Cochrane de 2023 concluiu que a gastrectomia vertical é eficaz na perda de peso e na melhoria de comorbilidades associadas à obesidade, com uma taxa de complicações relativamente baixa.

- a. Códigos ICD-10-PCS:
 - I. Laparotômica: 0DB60Z3
 - II. Laparoscópica: 0DB64Z3

Bypass Gástrico em Y de Roux (Roux-en-Y Gastric Bypass - RYGB)

A revisão sistemática da Cochrane de 2023 demonstrou que o RYGB é uma das técnicas mais eficazes para perda de peso sustentada e remissão de comorbilidades, como o diabetes tipo 2.

- b. Códigos ICD-10-PCS:
 - I. Laparotômica: 0DV60ZZ + 0D160ZA + 0D1A0ZA
 - II. Laparoscópica: 0DV64ZZ + 0D164ZA + 0D1A4ZA

Bypass Gástrico de Uma Anastomose (One Anastomosis Gastric Bypass - OAGB/MGB)

A Associação Europeia de Cirurgia Endoscópica (EAES) de 2022 sugere o OAGB/MGB como uma alternativa viável, embora com evidência limitada em comparação com o RYGB e a gastrectomia vertical.

- c. Códigos ICD-10-PCS:
 - I. Laparotômica: 0DV60ZZ + 0D160ZB
 - II. Laparoscópica: 0DV64ZZ + 0D164ZB

Derivação Biliopancreática com Switch Duodenal (Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch - BPD-DS)

A EAES de 2022 recomenda o RYGB e a gastrectomia vertical sobre a BPD-DS, devido ao perfil de risco-benefício.

- d. Códigos ICD-10-PCS:
 - I. Laparotômica: 0DB60ZZ + 0D160ZB + 0D1B0ZB
 - II. Laparoscópica: 0DB64ZZ + 0D164ZB + 0D1B4ZB

Bypass Duodeno-Ileal de Anastomose Única com Gastrectomia Vertical (Single Anastomosis Duodeno-Ileal Bypass with Sleeve Gastrectomy - SADI-S)

A EAES de 2022 sugere o SADI-S como uma alternativa, embora com evidência limitada em comparação com o RYGB e a gastrectomia vertical.

e. Códigos ICD-10-PCS:

- I. Laparotômica: 0DB60Z3 + 0D190ZB
- II. Laparoscópica: 0DB64Z3 + 0D194ZB

Gastroplastia Endoscópica (Endoscopic Sleeve Gastroplasty - ESG)

A ESG é uma técnica que reduz o volume gástrico por meio de suturas endoscópicas, sendo eficaz na perda de peso e na melhoria de comorbidades associadas à obesidade.

f. Código ICD-10-PCS:

- I. Endoscópica: 0DV68CZ

Outras técnicas de cirurgia, realizadas com enquadramento em estudos prospetivos aprovados por Comissão de Ética.

Bibliografia

Lei Y, Lei X, Chen G, et al. "Update on comparison of laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a systematic review and meta-analysis of weight loss, comorbidities, and quality of life at 5 years." *BMC Surgery*. 2024;24:219

Cochrane Library. "One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB) vs Roux en Y Gastric Bypass (RYGB) for Remission of T2DM in Patients with Morbid Obesity: a Randomized Controlled Trial." *Cochrane Central Register of Controlled Trials*. 2023.

ANEXO 18. CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO DE PESSOAS COM OBESIDADE PARA NÚCLEO DE CUIDADOS HOSPITALARES CIRÚRGICOS, QUE FORAM PREVIAMENTE SUBMETIDAS A CIRURGIA DA OBESIDADE

1. Sintomas

- a. As bandas gástricas podem deslocar-se, sofrer corrosão ou sofrer perdas na porta ou depósito (após um difícil preenchimento/descarga de banda) a qualquer momento;
- b. Clínica sugestiva de hérnias internas, como dor abdominal persistente, após a cirurgia de bypass gástrico são mais comuns 3-5 anos após a cirurgia, mesmo se os potenciais defeitos foram corrigidos no momento da cirurgia primária;
- c. O refluxo gastroesofágico ocorre em 10% das pessoas com obesidade, sem antecedentes de refluxo, após uma gastrectomia vertical. A maioria resolve com inibidores da bomba de prótons ao longo do tempo. Ocasionalmente, a gastrectomia vertical pode necessitar de conversão para bypass gástrico;
- d. A adoção de hábitos tabágicos e/ou toma regular de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides no pós-operatório, pode resultar no aumento de risco de úlcera marginal na anastomose cirúrgica. A desabitação tabágica, a utilização de inibidores da bomba de prótons e sucralfato são a base da abordagem inicial. Em casos raros, pode ser necessária a remodelação da anastomose;
- e. A diarreia persistente deve ser investigada. A diarreia e a esteatorreia estão associadas ao duodenal switch, mas podem ocorrer após o bypass gástrico. Esta situação pode contribuir para a má absorção de nutrientes com consequente défice proteico, de vitaminas e minerais. Em alguns casos, pode ser necessária suplementação com enzimas pancreáticas;
- f. As situações de vômitos frequentes devem ser investigadas. Ocasionalmente, a ingestão rápida de refeições, a ingestão de alimentos de textura desadequada ou de um elevado volume de alimentos pode resultar em regurgitação. A ocorrência frequente desta situação após a cirurgia de obesidade, pode traduzir a presença de uma banda gástrica muito apertada ou de estenose. A pessoa com obesidade deve ser reencaminhado e deve ser iniciada a toma de suplementação adicional com tiamina.

2. Problemas nutricionais

- a. A hipoglicemia pós-prandial é observada com mais frequência após um bypass gástrico e inicialmente deve ser abordada com o apoio do nutricionista. As pessoas com obesidade apresentam suores, tremores e mal-estar intenso após a ingestão alimentar. Se a educação alimentar não resolver os sintomas recomenda-se a investigação em TCO;
- b. Pessoas com obesidade que apresentam perda de peso insuficiente ou recuperação de peso, podem ser reencaminhados para TCO e o seu caso discutido em equipa multidisciplinar, especialmente se for considerada a revisão cirúrgica;

- c. Pessoas com obesidade que apresentam perda de peso contínua e excessiva requerem investigação adicional. A perda de peso pode ocorrer por múltiplos motivos, incluindo apetite muito reduzido e problemas psicológicos, como os receios associados ao ganho de peso ou da progressão alimentar. No entanto, pode não estar relacionado com a cirurgia de obesidade. A sua ocorrência deve motivar investigação adequada da causa, com abordagem dirigida e reencaminhamento para TCO, se se verificar causa relacionada com a cirurgia de obesidade não passível de abordagem em CSP;
- d. O edema periférico pode ser um sintoma de desnutrição proteica e requer investigação em relação à causa e, tratando-se desta causa, deve motivar reencaminhamento para TCO para abordagem nutricional;
- e. A cegueira noturna pode ser um sinal de deficiência de vitamina A e pode ocorrer após bypass gástrico e especialmente após duodenal switch, devendo ser alvo de suplementação adequada e eventual reencaminhamento para TCO;
- f. Anemia ferropénica com necessidade de ferro endovenoso e /ou transfusões sanguíneas;
- g. Alimentação e ingestão nutricional inadequadas, a necessitar de aconselhamento especializado do nutricionista do TCO;
- h. Alguma recuperação de peso ao longo do tempo é natural. As pessoas com obesidade devem ser encorajadas a manter as modificações do estilo de vida. Algumas podem beneficiar de participar em reuniões de grupo de pessoas submetidas a tratamento cirúrgico de obesidade, enquanto noutros pode ser necessário suporte nutricional individual ou reencaminhamento para TCO.

3 Gravidez

- a. Todas as pessoas com obesidade que engravidarem devem ser encaminhadas à consulta hospitalar de obstetria e TCO para avaliação pela equipa no que respeita a alimentação, ingestão nutricional e suplementação com multivitamínicos.

4. Outros problemas de saúde

- a. Cólica renal, cálculos renais (requerem investigação de hiperoxalúria pós-cirurgia da obesidade);
- b. Astenia constante, dor óssea intensa, fraturas ou fissuras dentárias;
- c. Parestesias na presença de níveis séricos normais de vitamina B12 e folato (pode ser devido a deficiência funcional de vitamina B12 que exige avaliação especializada);
- d. Estudo analítico anormal que requeira interpretação especializada;
- e. Condições recém-diagnosticadas como infeção por VIH, tuberculose, terapia com varfarina, doenças crónicas complexas que requerem farmacoterapia de longa duração, por ex. necessidade de imunossupressores oral após transplante cuja utilização deve ser ponderada e monitorizada na pessoa com obesidade submetida a cirurgia de obesidade.

5. Problemas psicológicos relacionados com o tratamento cirúrgico da obesidade

- a. A perda de peso após cirurgia leva a mudanças complexas na autopercepção e nas relações interpessoais, que podem ser mediadores proximais de quadros psiquiátricos (p. ex. depressão).
- b. Algumas pessoas com obesidade podem precisar de apoio psicológico ou psiquiátrico adicional de longo prazo. Há um aumento do risco de transferência de dependência, uso indevido de álcool e substâncias ou suicídio.

Bibliografia

Griauzde DH, Ibrahim AM, Fisher N, Stricklen A, Ross R, Ghaferi AA. Understanding the psychosocial impact of weight loss following bariatric surgery: a qualitative study. *BMC Obes.* 2018 Dec 3;5(1):38.

O’Kane M, Parretti HM, Hughes CA, Sharma M, Woodcock S, Pumplamp T, et al. Guidelines for the followup of patients undergoing bariatric surgery. *Clin Obes.* 2016 Jun 10;6(3):210–24.

ANEXO 19. INDICADORES DE ESTRUTURA E RESULTADOS

ÁREA DE ATUAÇÃO	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	CONSTRUÇÃO DO INDICADOR	PERIODICIDADE
USP	Prevalência	Proporção de utentes inscritos (/10 000) com diagnóstico ativo de obesidade nos CSP	$\frac{\text{N.º de pessoas com diagnóstico ativo de Obesidade durante um ano}}{\text{N.º de utentes inscritos nos CSP no mesmo período}} \times 10\ 000$	Anual
CSP	Acesso	Proporção de pessoas com obesidade referenciadas para EMO (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com diagnóstico ativo de obesidade nos CSP referenciadas para EMO}}{\text{N.º de pessoas com diagnóstico ativo de Obesidade nos CSP}} \times 100$	Anual
EMO	Processo	Proporção de pessoas com obesidade com Plano Individual de Cuidados (PIC) registado (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade que recebem PIC em EMO}}{\text{N.º total de utentes inscritos em EMO}} \times 100$	Anual
EMO	Processo	Proporção trimestral de pessoas com obesidade avaliadas em consulta da EMO (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade avaliadas em consulta de EMO durante 3 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade referenciadas para EMO no mesmo período}} \times 100$	Trimestral
EMO	Processo	Proporção trimestral de pessoas com obesidade avaliadas por médico da EMO (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade avaliadas por Especialidade Médica em consulta de EMO durante 3 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade referenciadas para EMO no mesmo período}} \times 100$	Trimestral
EMO TNCO TCO	Processo	Proporção trimestral de pessoas com obesidade avaliadas por nutricionista da EMO (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade avaliadas por Nutrição em consulta de EMO durante 3 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade referenciadas para EMO no mesmo período}} \times 100$	Trimestral
EMO TNCO TCO	Processo	Proporção de pessoas com obesidade avaliadas por Fisioterapia e/ou Medicina Física e Reabilitação (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade avaliadas por Reabilitação em consulta de EMO durante 3 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade referenciadas para EMO no mesmo período}} \times 100$	Trimestral
EMO TNCO TCO	Processo	Proporção de pessoas com obesidade avaliadas por Saúde Mental (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade avaliadas por Saúde Mental em consulta de EMO durante 3 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade referenciadas para EMO no mesmo período}} \times 100$	Trimestral
EMO TNCO	Resultado	Proporção de pessoas adultas com obesidade com redução do peso corporal (>5%) em 12 meses	$\frac{\text{N.º de pessoas adultas com obesidade em TNCO com redução do peso corporal (> 5%) durante 12 meses}}{\text{N.º total de pessoas adultas com obesidade que iniciaram TNCO no mesmo período}} \times 100$	Anual
EMO TNCO	Resultado	Proporção de pessoas adultas com obesidade com redução do perímetro da cintura em 12 meses (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas adultas com obesidade em TNCO com redução do perímetro da cintura durante 12 meses}}{\text{N.º total de pessoas adultas com obesidade que iniciaram TNCO no mesmo período}} \times 100$	Anual
EMO TNCO	Resultado	Proporção de crianças e adolescentes com obesidade com manutenção do percentil de peso ou diminuição do percentil de IMC, ajustado ao sexo e à idade em 12 meses (%)	$\frac{\text{N.º de crianças e adolescentes com obesidade em TCNO com manutenção do percentil de peso ou diminuição do percentil de IMC, ajustado ao sexo e à idade, durante 12 meses}}{\text{N.º total de crianças e adolescentes que iniciaram TNCO no mesmo período}} \times 100$	Anual

ANEXOS

EMO TNCO	Resultado	Adesão ao Plano Alimentar (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade que cumpriu plano alimentar proposto durante 12 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade que recebeu proposta de plano alimentar no mesmo período}}$	x 100	Anual
EMO TNCO	Resultado	Adesão ao Plano de Atividade física (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade que aumentou a funcionalidade durante 12 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade que recebeu proposta de plano de reabilitação no mesmo período}}$	x 100	Anual
EMO TNCO TCO	Resultado	Adesão às recomendações de modificação de comportamento (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade que aderiu às recomendações de modificação de comportamento durante 12 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade que recebeu recomendações de modificação de comportamento no mesmo período}}$	x 100	Anual
EMO TCO	Resultado	Adesão ao Plano Alimentar pré e pós-cirurgia (%)	$\frac{\text{N.º de pessoas com obesidade que cumpriu o plano alimentar proposto durante 12 meses}}{\text{N.º total de pessoas com obesidade que recebeu proposta de plano alimentar no mesmo período}}$	x 100	Anual



Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500

Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt