

**LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE
NO ESTADO DE RONDÔNIA**



**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

GOVERNADOR DO ESTADO DE RONDÔNIA

Marcos José Rocha Dos Santos

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Jefferson Ribeiro Da Rocha

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE

Élcio Barony De Oliveira

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ESTADO DA SAÚDE

Michelle Dahiane Dutra

SUBDIRETORA TÉCNICA EM SAÚDE

Mariana Aguiar Prado

COORDENADORA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS

Daniele Cardoso Santos Araújo Ramos

NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

Ana Paula De Sousa Silva Uchôa

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

ELABORAÇÃO:

Ana Paula de Sousa Silva Uchôa

Enfermeira - Núcleo de Sobrepeso e Obesidade CDCC

Daniele Cardoso Santos Araújo Ramos

Enfermeira - Coordenadoria de Doenças e Condições Crônicas

Mariana Aguiar Prado

Enfermeira - Subdiretoria Técnica em Saúde

REVISÃO:

Rosa Maria Ferreira de Almeida

Enfermeira - Assessoria Técnica SESAU

Marlede Sa Carvalho Dorta

Enfermeira - Programa de Cirurgia Bariátrica Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro

Oziel Jardim de Moura Junior

Médico Cirurgião Bariátrico - Programa de Cirurgia Bariátrica Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro

Caroline Silva Coelho Araújo

Enfermeira - Programa de Obesidade Policlínica Oswaldo Cruz

Graciela Fátima Lourenço Joca

Médica Endocrinologista - Programa de Obesidade Policlínica Oswaldo Cruz

Orlando Leite de Carvalho

Médica Endocrinologista - Programa de Obesidade Policlínica Oswaldo Cruz

COLABORAÇÃO:

Diêny Gêssica Oliveira Pereira

Enfermeira - Núcleo Cardiovascular CDCC

Tamires dos Prazeres de Oliveira

Enfermeira - Coordenadoria de Atenção Primária em Saúde

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Rondônia

LISTA DE ABREVIATURAS

- AAE-** Atenção Ambulatorial Especializada
- AH-** Atenção Hospitalar
- APS-** Atenção Primária à Saúde
- CID -** Classificação Internacional de Doenças
- DCNT-** Doenças crônicas não transmissíveis
- EAAB-** Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
- eMulti-** equipes multiprofissionais
- e-SUS-** Eletrônico Sistema Único de Saúde
- IAF-** Incentivo a Atividade Física
- IGD-** Índice de Gestão Descentralizada
- IMC-** Índice de Massa Corporal
- LCSSO -** Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
- MACC -** Modelo de Atenção às Condições Crônicas
- NASF-** Núcleos Ampliados de Saúde da Família
- OMS-** Organização Mundial da Saúde
- PAB-** Programa Auxílio Brasil
- PAS-** Programa Academia da Saúde
- PBF-** Programa Bolsa Família
- PCDT-** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
- PICS-** Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- PNAN -** Política Nacional de Alimentação e Nutrição
- PNS-** Pesquisa Nacional de Saúde
- PNSF -** Programa Nacional de Suplementação de Ferro
- Proteja-** Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
- PSE- Programa** Saúde na Escola

RAS- Rede de Atenção à Saúde

RO - Rondônia

SAPS- Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SBCBM- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UE- Urgência e Emergência

SUMÁRIO

1	INTROUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	11
	2.1 OBEJTIVO GERAL	11
	2.2 OBJETIVOS ESÉCIFICOS	11
3.	PREMISSAS	12
4.	OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA	13
	4.1 EXCESSO DE OBESIDADE	15
5	DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO DA REGIÃO DE SAUDE	17
6	DEFINIÇÃO E CAUSALIDADE	18
	6.1 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO	18
	CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS	
7	RELACIONADOS À SAÚDE	19
8	CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO	19
9	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	22
10	ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
11	MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	27
12	COMPETÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS	27
13	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
	13.1 PRINCIPAIS COMPETENCIAS	28
	13.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	28
	13.3 AVALIAÇÃO INICIAL	30
	13.4 ABORDAGENS INDIVIDUAIS	30
	13.5 ABORDAGENS COLETIVAS	31
	13.6 ABORDAGENS TRANSVERSAIS	32
	13.7 VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	33
	13.8 ACADEMIA DE SAUDE	33
	13.9 INCENTIVO A ATIVIDADE FISICA	36
	13.10 PREVENÇÃO E ATENÇÃO A OBESIDADE INFANTIL	36
	13.11 ESTRATEGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL	36
	13.12 FERRO	37

13.13 PROGRAMA BOLSA FAMILIA	37
14 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	39
14.1 PRINCIPAIS COMPETENCIAS	39
15 ATENÇÃO HOSPITALAR	41
15.1 PRINCIPAIS COMPETENCIAS	41
15.2 DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRURGICO DE OBESIDADE	42
15.3 INDICAÇÃO PARA CIRURGIA BARIATRICA	43
15.4 CONTRAINDICAÇÃO PARA CIRURGIA BARIATRICA	44
15.5 AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICA PARA OBESIDADE	44
15.6 ASSISTENCIA PRÉ-OPERATORIA E PÓS-OPERATORIA NO TRATAMENTO CIRURGICO DA OBESIDADE	45
15.7 INDICAÇÕES PARA CIRURGIA PLASTICA REPARADORA	47
16 URGENCIA E EMERGENCIA	50
17 PRINCIPIOS DO CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE ...	50
18 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	50
19 INDICADORES DA LINHA DE CUIDADOS À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE	51
REFERENCIAS	55
ANEXO 1	58

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1-	Prevalência de Sobrepeso e Obeso por Região.	17
QUADRO 2-	Parâmetros para risco cardiovascular em adultos, segundo perímetros da cintura por gênero e etnia	20
QUADRO 3-	Acompanhamento por nível de atenção segundo classificação de IMC e presença de comorbidades	21
QUADRO 4-	Elementos do MACC e as ações relacionadas ao cuidado.	25
QUADRO 5 -	Quantidade de Equipes cadastradas em RO.	29
QUADRO 6 -	Atividades desenvolvidas em 2023.	34
QUADRO 7 -	Avaliação pré-operatória	45
QUADRO 8 -	Consultas de acompanhamento perioperatório.	46
QUADRO 9 -	Indicadores da linha de cuidados à pessoa com sobrepeso e obesidade	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Percentual de adultos com obesidade nas capitais do país	16
Figura 2.	Mapa de saúde do estado de Rondônia.	23
Figura 3.	Organização dos serviços segundo redes temáticas.	23
Figura 4.	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade	26
Figura 5.	Fluxograma Atenção Primária de Saúde	37
Figura 6.	Fluxograma Atenção Ambulatorial Especializada.	40
Figura 7.	Fluxograma Cirurgia Bariátrica	50

1. INTRODUÇÃO

O panorama mundial de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. Os estudos de carga de doenças mostram que, no seu conjunto, as condições crônicas são responsáveis por mais de 80% dessa carga no Brasil (MALTA, 2017).

Neste contexto epidemiológico, a obesidade é notável por ser tanto uma condição médica quanto um fator de risco para outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, que também apresentam taxas crescentes de prevalência no país. No Brasil, a obesidade está em ascensão, o que tem gerado preocupação entre os especialistas. De acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), aproximadamente 20,3% da população adulta já é considerada obesa. Esse percentual pode chegar a 30% até o ano de 2030.

É importante destacar que diversas doenças crônicas foram identificadas como fatores de risco durante a pandemia de COVID-19. Isso inclui condições como doenças do coração, diabetes, problemas respiratórios, câncer, obesidade, problemas renais crônicos, fragilidade em idosos, entre outras. Uma metanálise demonstrou que nas pessoas hospitalizadas por COVID-19 as prevalências de outras condições foram: hipertensão arterial, 16,37%; doenças cardiovasculares, 12,11%; tabagismo, 7,63%; e diabetes, 7,87% (EMMA et al, 2020).

Na atual situação da pandemia de COVID-19, os efeitos da obesidade na saúde da população têm sido mais evidentes, tornando-se um problema de saúde pública tanto internacional quanto nacional. Isso ocorre devido ao aumento do risco de complicações graves e maior gravidade da doença causada pelo SarsCoV-2, bem como a necessidade de internação prolongada, inclusive em unidades de terapia intensiva, e um maior risco de mortalidade.

O principal ponto de acesso ao Sistema Único de Saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), onde os indivíduos com sobrepeso e obesidade são reconhecidos e recebidos calorosamente pela equipe composta por diversos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas unidades oferecem acompanhamento contínuo e, quando preciso, encaminham os pacientes para a Atenção Especializada, assegurando assim a continuidade do cuidado. Em 2021, 9,1 milhões de indivíduos adultos atendidos na APS já tinham diagnóstico de

excesso de peso e mais de 4 milhões, de obesidade, sendo que 624 mil tinham obesidade grave (grau III) (MS, 2022).

Dado o contexto apresentado, esta Linha de Cuidado visa incentivar as equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a realizar ações de promoção, prevenção, atenção e vigilância. Seu propósito é reduzir o excesso de peso, melhorar a saúde, gerenciar os fatores de risco e evitar complicações, tudo em prol da qualidade de vida. Portanto, é fundamental que gestores e profissionais de saúde promovam a colaboração entre diferentes setores, em níveis municipal, regional e estadual, para implementar essa abordagem voltada para pessoas com sobrepeso e obesidade. Isso não apenas permite a assistência ao usuário em diversos pontos da RAS, mas também capacita as pessoas a cuidarem melhor de sua própria saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente documento apresenta a Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade (LCSO), com objetivo de descrever os fluxos assistenciais e a regionalização dos serviços, visando fortalecer e qualificar a atenção à população, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, ofertando infraestrutura, bem como mobiliário e equipamento adequados para o cuidado dos indivíduos nestas condições.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover a conscientização sobre os riscos associados ao sobrepeso e à obesidade, bem como estratégias para prevenção;
- Identificar o nível de sobrepeso ou obesidade e quaisquer condições de saúde relacionadas através da estratificação de risco.
- Estabelecer processos e protocolos para garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficiente e que os serviços sejam entregues de maneira oportuna;
- Monitorar e avaliar continuamente a qualidade dos cuidados prestados, visando à excelência clínica e à satisfação do usuário;
- Implementar estratégias para ampliar o acesso aos serviços de cuidados em sobrepeso e obesidade, incluindo a oferta de serviços remotos e descentralizados;

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

- Promover a integração e coordenação de serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, garantindo uma abordagem multidisciplinar e holística para o cuidado do paciente;
- Promover a inovação em cuidados em sobrepeso e obesidade, buscando novas abordagens terapêuticas, tecnologias e modelos de cuidados mais eficazes e centrado no paciente;
- Estabelecer indicadores para monitorar e avaliar regularmente os resultados da linha;

3. PREMISSAS

São premissas da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade:

I. Monitoramento Alimentar e Nutricional

- Oferecer suporte aos profissionais de saúde para identificar prontamente a situação alimentar e nutricional local, enquanto monitoram e antecipam as tendências e a extensão da obesidade em âmbito municipal, regional e estadual.

II. Desvinculação de Culpa Individual

- Reconhecer que o estigma enfrentado por adultos com obesidade pode levar a um aumento da morbimortalidade e prejudicar o tratamento.

III. Fomento à Saúde

- Desenvolver iniciativas que promovam a saúde e previnam o excesso de peso, com ênfase na detecção precoce dos fatores de risco para complicações.
- Redução de problemas potenciais com a adoção de medidas preventivas.

IV. Cuidado integral

- Incentivar uma abordagem de cuidado abrangente, que envolva diversos profissionais de saúde e promova a colaboração entre eles em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde.
- Contribuir com a redução da hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em atenção primária.

V. Abordagem Interdisciplinar

- Devido à natureza multifacetada da obesidade, é necessário o envolvimento de diferentes áreas para mitigar tanto as emergências decorrentes do agravamento da condição crônica quanto às interações de cunho social.

4. A OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o impacto do tratamento das doenças relacionadas ao sobrepeso e a obesidade tem acarretado um gasto considerável aos serviços de saúde, sendo que este impacto não se resume apenas aos custos elevados do tratamento, mas incluem também custos sociais como a diminuição da qualidade de vida, perda de produtividade, aposentadorias e mortes prematuras devido a doenças crônicas associadas (OMS, 2010 citado por BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, o sobrepeso e a obesidade são decorrentes do acúmulo de gordura no corpo, que está associado a riscos para a saúde, devido à sua relação com várias complicações metabólicas. Podem ser compreendidos como agravos de caráter multifatorial, pois suas causas estão relacionadas a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

A obesidade é uma doença que tem crescido no Brasil e no mundo. Traduzindo em números, aproximadamente 60% dos adultos brasileiros já têm excesso de peso, o que representa cerca de 96 milhões de pessoas, e 1 em cada 4 tem obesidade, num total de mais de 41 milhões de pessoas, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde PNS/2020. Em 2021, 9,1 milhões de indivíduos adultos atendidos na APS já tinham diagnóstico de excesso de peso e mais de 4 milhões, de obesidade, sendo que 624 mil tinham obesidade grave (grau III).

A obesidade é simultaneamente uma doença e um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Ela está entre os três fatores de risco mais fortemente associados às mortes e incapacidades no Brasil (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2018).

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

Dados do Ministério da Saúde, obtidos em um levantamento inédito, apontam que a obesidade atinge 6,7 milhões de pessoas no Brasil. O número de pessoas com obesidade mórbida ou índice de massa corporal (IMC) grau III, acima de 40 kg/m², atingiu 863.086 pessoas no ano passado. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) está compartilhando dados públicos em celebração ao dia mundial da obesidade (4 de março), uma ocasião simbólica que destaca a relevância da luta contra a obesidade em todas as faixas etárias, tanto em adultos quanto em crianças.

Em 2019, 407.589 pessoas foram diagnosticadas com obesidade grau III, o que representava 3,14% das pessoas monitoradas. Já em 2022, o número subiu para 863.083 brasileiros diagnosticados com o mais grave nível de obesidade, totalizando 4,07% da população. Esse ponto percentual representa um crescimento de 29,6% em apenas 4 anos.

A obesidade grau I atinge 20% e a obesidade grau II já é 7,7% da população, o que representa 1,6 milhões de pessoas em 2022. Já o sobrepeso atinge atualmente 31% ou 6,72 milhões dos brasileiros que participaram da tabulação do Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN).

Com o crescente problema do sobrepeso e da obesidade tanto no Brasil quanto globalmente, o Ministério da Saúde tem implementado várias iniciativas para lidar com essa situação epidemiológica. O aumento de doenças não transmissíveis destaca a importância de os serviços de saúde se organizarem em redes, formando Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No Brasil, estima-se que as despesas em saúde com as DCNT totalizam 69% do total gasto. Além disso, essas doenças são responsáveis pela maior parte dos óbitos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BARRETO et al., 2015).

Os tratamentos oferecidos às pessoas obesas a fim de cuidar das consequências decorrentes da doença representam enormes gastos no setor da saúde. Os custos diretos contemplam serviços de prevenção, diagnóstico e tratamentos tanto para a própria obesidade quanto às comorbidades associadas. Além disso, necessitam adaptações na infraestrutura na própria comunidade dos locais públicos e/ou privados para pessoas obesas, como: camas reforçadas, mesas de operação e cadeiras de rodas; catracas ampliadas e assentos em estádios, modificações para o transporte, entre outras (WOF, 2015).

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

A obesidade é resultado de uma intrincada interação entre o corpo, a saúde, a alimentação e a sociedade, e essas conexões têm um impacto significativo nas oportunidades de promover a saúde.

Promover saúde é considerar a autonomia e singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas como já vimos nesta unidade, estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2019).

4.1 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

A frequência de adultos com excesso de peso segundo a pesquisa de Vigitel - 2023 - Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico estimou em 64,4% em Porto Velho. As maiores frequências de excesso de peso foram observadas, entre homens, em 67,5% e entre mulheres em 61,0%.

A frequência de adultos com excesso de peso variou de 55,7% em Porto Velho. As maiores frequências foram observadas, entre os homens (56,5%) e, entre as mulheres (54,8%).

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

Figura 1. Percentual de adultos com obesidade nas capitais do país.

Percentual* de adultos (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kg/m²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2023

CAPITAIS/DF	SEXO					
	TOTAL		MASCULINO		FEMININO	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	25,0	20,9 - 29,1	24,9	18,2 - 31,6	25,1	20,1 - 30,0
Belém	25,7	21,5 - 29,9	22,8	16,4 - 29,2	28,2	22,7 - 33,7
Belo Horizonte	20,7	17,1 - 24,3	20,2	14,2 - 26,3	21,1	16,9 - 25,3
Boa Vista	24,9	21,2 - 28,7	25,3	19,2 - 31,5	24,6	20,1 - 29,1
Campo Grande	27,0	22,3 - 31,7	27,9	19,7 - 36,2	26,2	21,1 - 31,2
Cuiabá	27,2	22,8 - 31,7	24,5	18,0 - 31,0	29,7	23,7 - 35,8
Curitiba	24,5	20,5 - 28,5	21,9	16,0 - 27,8	26,7	21,3 - 32,1
Florianópolis	21,9	17,8 - 25,9	20,6	14,8 - 26,5	23,0	17,4 - 28,6
Fortaleza	27,7	23,2 - 32,1	25,2	18,1 - 32,4	29,8	24,2 - 35,3
Goiânia	17,7	14,3 - 21,0	19,7	14,0 - 25,4	15,9	12,0 - 19,9
João Pessoa	22,4	18,0 - 26,9	21,4	14,4 - 28,4	23,3	17,6 - 29,0
Macapá	30,4	26,0 - 34,9	33,4	26,6 - 40,3	27,5	21,8 - 33,3
Maceió	21,2	17,4 - 25,0	23,6	17,4 - 29,8	19,3	14,6 - 24,0
Manaus	27,0	22,5 - 31,5	26,4	18,9 - 33,9	27,5	22,5 - 32,5
Natal	21,9	18,1 - 25,6	22,9	16,6 - 29,2	21,0	16,5 - 25,5
Palmas	19,0	15,5 - 22,4	20,9	15,3 - 26,5	17,3	13,0 - 21,5
Porto Alegre	28,3	23,4 - 33,3	26,8	19,8 - 33,9	29,6	22,6 - 36,5
Porto Velho	21,8	17,6 - 26,0	22,4	15,7 - 29,1	21,1	16,1 - 26,1
Recife	26,3	22,0 - 30,7	25,4	18,0 - 32,9	27,0	21,9 - 32,1
Rio Branco	26,1	21,7 - 30,5	25,3	18,5 - 32,1	26,9	21,3 - 32,6
Rio de Janeiro	26,2	22,0 - 30,3	25,2	19,1 - 31,3	27,0	21,4 - 32,6
Salvador	25,6	21,3 - 29,8	24,1	17,1 - 31,0	26,8	21,6 - 32,0
São Luís	18,5	14,8 - 22,3	17,3	11,3 - 23,3	19,5	14,8 - 24,2
São Paulo	24,3	20,4 - 28,2	25,6	19,2 - 31,9	23,2	18,4 - 28,0
Teresina	20,8	16,9 - 24,8	19,8	14,1 - 25,5	21,7	16,2 - 27,2
Vitória	19,0	15,6 - 22,5	18,6	13,7 - 23,5	19,4	14,7 - 24,2
Distrito Federal	21,9	17,8 - 26,0	16,9	11,4 - 22,4	26,2	20,4 - 32,0

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2023 (ver Aspectos Metodológicos).

Nota: IC = Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte:

No conjunto das 27 cidades, a frequência de adultos obesos foi de 24,3%, semelhante entre as mulheres (24,8%) e os homens (23,8%). A frequência de obesidade tende a ser maior nas faixas etárias com a idade até os 54 anos na população total e para os homens, e até 64 anos para mulheres. Para a população total e para as mulheres a frequência de obesidade diminuiu com o aumento da escolaridade.

5. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO DE SAÚDE

Em Rondônia, o índice de população adulta com sobrepeso e obesidade atingiu o total de 253.205 (duzentos e cinquenta e três mil e duzentos e cinco) pessoas conforme mostra tabela abaixo:

Quadro 1. Prevalência de Sobrepeso e Obeso por Região.

REGIÕES DE SAÚDE	BAIXO PESO		ADEQUADO OU EUTRÓFILO		SOBREPESO		OBESIDADE GRAU I		OBESIDADE GRAU II		OBESIDADE GRAU III		TOTAL
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	
Café	805	2.57	10467	33.45	10622	33.94	6000	19.17	2328	7.44	1073	3.43	31295
Madeira-Mamoré	1448	2.34	18216	29.4	21056	33.98	13471	21.74	5223	8.43	2554	4.12	61968
Vale do Jamari	968	2.6	12664	34.03	12620	33.92	6976	18.75	2731	7.34	1250	3.36	37209
Zona da Mata	673	2.74	8668	35.25	8561	34.82	4391	17.86	1622	6.6	672	2.73	24587
Cone Sul	685	2.26	9709	31.98	10318	33.99	6137	20.22	2289	7.54	1219	4.02	30357
Central	1556	2.67	19484	33.37	20141	34.5	11139	19.08	4112	7.04	1951	3.34	58383
Vale do Guaporé	228	2.42	3127	33.24	3221	34.24	1884	20.03	650	6.91	296	3.15	9406
TOTAL RO	6.363	2.51	82.335	32.52	86.539	34.3418	49.998	19.75	18.955	7.49	9.015	3.56	253.205

Fonte: SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. 2023.

Os dados demonstram que o excesso de peso, do sobrepeso e obesidade está presente em todas as sete regiões de saúde do Estado.

É importante destacar que o período entre 2020 e 2021 foi marcado por uma crise global de saúde devido à pandemia do novo coronavírus. Essa situação teve um grande impacto nas carreiras profissionais, nas condições de saúde, moradia e, conseqüentemente, na saúde nutricional dos brasileiros, resultando em um aumento significativo do sobrepeso.

6. DEFINIÇÃO E CAUSALIDADE

O excesso de peso é caracterizado por sobrepeso e obesidade, sendo a obesidade considerada uma condição crônica multifatorial, recidivante, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, e está envolvida em diversas complicações e comorbidades que elevam a morbimortalidade e reduzem a qualidade e expectativa de vida (BRASIL, 2021a).

É decorrente, fundamentalmente, do desequilíbrio entre as calorias consumidas e o gasto energético, os quais sofrem influência de fatores ambientais, econômicos, sociais, culturais, comportamentais e políticos, que extrapolam as escolhas unicamente individuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2021; BRASIL, 2020c).

Também podem estar associados à gênese da obesidade o ambiente intra uterino, fatores genéticos, uso de medicamentos obesogênicos, sono insuficiente, disruptores endócrinos e microbiota intestinal (BRASIL, 2020c).

Diversas complicações metabólicas da obesidade aumentam o risco de desenvolvimento de outras DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, neoplasias, cirrose hepática, entre outras (BRASIL, 2021a).

6.1 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

A determinação multifatorial do sobrepeso e da obesidade está associada às condições e aos modos de vida da população, nos quais estão envolvidos fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (BRASIL, 2021c).

O padrão alimentar do brasileiro nas últimas décadas passou por significativas transformações, em que houve redução do consumo de alimentos in natura e minimamente processados e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, esses últimos sendo compostos por vários ingredientes e processados de maneira a produzir alimentos altamente rentáveis, duráveis, convenientes e mais palatáveis; mas, de baixo valor nutricional, com maior densidade energética, maior quantidade de açúcar livre, gordura total, gordura saturada e gordura trans, e menor quantidade de fibras, vitaminas e minerais. Há evidências suficientes para considerar que o consumo desses alimentos se constitui

em fator de risco para o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, além de outras condições crônicas (BRASIL, 2021c).

O aumento da inatividade física e do tempo em comportamento sedentário da população também é um fator de risco na medida em que contribui para o desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e gastas. O tempo em comportamento sedentário está fortemente relacionado à obesidade, à diabetes mellitus tipo 2, à síndrome metabólica e à mortalidade por todas as causas; bem como ao aumento da circunferência da cintura (BRASIL, 2021c).

7. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Serão contemplados neste Protocolo de pessoas com sobrepeso e obesidade classificados de acordo com os Classificação Internacional de Doenças - CID abaixo:

- **E66** Obesidade
- **E66.0** Obesidade devida a excesso de calorias
- **E66.1** Obesidade induzida por drogas
- **E66.2** Obesidade extrema com hipoventilação alveolar
- **E66.8** Outra obesidade
- **E66.9** Obesidade não especificada

8. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do sobrepeso e obesidade é clínico, com base na estimativa do Índice de Massa Corporal (IMC), que é dado pela relação entre o peso e a altura ao quadrado do indivíduo, conforme a fórmula abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg/m}^2\text{)}}{\text{altura}^2}$$

O IMC é um método de fácil aplicação e baixo custo que indica o estado nutricional do indivíduo, sendo utilizado para estratificar o risco de desenvolvimento de comorbidades, bem como norteia a estratégia terapêutica a ser utilizada (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2021a).

A combinação do IMC com uma medida de distribuição de gordura corporal é, provavelmente, a melhor opção para uma adequada avaliação clínica. Quanto maior a medida da circunferência abdominal, maior o risco de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e mortalidade por todas as causas (BRASIL, 2021a).

A medida é obtida com uso de fita métrica, mensurando-se a região localizada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com o indivíduo em expiração. Na impossibilidade de se identificar essa região, a medida é feita a 2 cm acima da cicatriz umbilical (BRASIL, 2020c).

Assim como o IMC, é importante considerar que a circunferência abdominal também é uma medida indireta da gordura visceral e apresenta limitações como em gestação, ascite, distensão abdominal, entre outros. Ainda, se torna menos sensível com o aumento do IMC (BRASIL, 2020c).

Para indivíduos identificados com sobrepeso e obesidade, é aconselhável realizar uma avaliação do estado nutricional e dos hábitos alimentares em cada visita, permitindo assim o acompanhamento e a adaptação de estratégias durante o **tratamento**.

Quadro 2 - Parâmetros para risco cardiovascular em adultos, segundo perímetro da cintura, por gênero e etnia.

Etnia	Risco cardiovascular alto		Risco cardiovascular muito alto	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Caucasiana	≥80,0 cm	≥94,0 cm	≥88,0 cm	≥102,0 cm
Latina	≥83,0 cm	≥88,0 cm	≥90,0 cm	≥94,0 cm
Africana	≥71,5 cm	≥76,5 cm	≥81,5 cm	≥80,5 cm
Asiática	≥80,0 cm	≥85,0 cm	ND	ND

Fonte: BRASIL, 2020c. Legenda: ND – Não Determinado. Nota: caucasiana – pessoas de pele branca, de descendência europeia; latinos: pessoas de pele parda, latino americanos; africana – pessoas de pele negra, descendência africana; asiática: pessoas de pele amarela, descendentes de países asiáticos.

Fonte:

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

Quadro 3 - Acompanhamento por nível de atenção segundo classificação de IMC e presença de comorbidades.

IMC	Classificação	Comorbidades descompensadas	Nível de atenção	Acompanhamento
25,00 –29,99	Sobrepeso	Não	APS promoção e prevenção	Contínuo e longitudinal
30,00 a 39,99	Obesidade grau I e II	Não	APS autocuidado apoiado atenção multiprofissional	Contínuo e longitudinal
35,00 a 39,99	Obesidade grau II	Sim	APS e AAE plano de cuidados atenção multiprofissional	APS: Contínuo, longitudinal e compartilhado AAE: Compartilhado conforme plano de cuidados *Não havendo sucesso nas intervenções realizadas no período de 02 (dois) anos, encaminhar à AH para avaliação de possível intervenção cirúrgica, em serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
≥40 kg/m ²	Obesidade grau III	Independe	APS e AAE plano de cuidados gestão de caso	APS: Contínuo, longitudinal e compartilhado AAE: compartilhado conforme plano de cuidados *Não havendo sucesso nas intervenções realizadas no período de 02 (dois) anos, encaminhar à AH para avaliação de possível intervenção cirúrgica, em serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
≥50 kg/m ²	Obesidade grau IV	Independe	APS, AAE e AH plano de cuidados gestão de caso	APS: Contínuo, longitudinal e compartilhado AAE: compartilhado conforme plano de cuidados *Encaminhar à AH para avaliação de possível intervenção cirúrgica, em serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Fonte:

Todos os usuários, independentemente de sua classificação de Índice de

Massa Corporal (IMC), devem receber os benefícios das iniciativas de promoção da saúde, prevenção e tratamento da obesidade oferecidas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Eles devem receber acompanhamento e monitoramento ao longo do processo.

9. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

Rondônia está situado na região norte do Brasil, na parte ocidental da Amazônia, entre as coordenadas 7°58' e 13°43' de latitude Sul e 59°50' e 66°48' de longitude Oeste do Meridiano de Greenwich. Faz fronteira ao norte e nordeste com o estado do Amazonas, ao sul e sudoeste com a República da Bolívia, a leste e sudeste com o estado do Mato Grosso e a oeste e noroeste com o estado do Acre.

Possui uma extensão territorial de 237.754,172 quilômetros quadrados, representando 6,19% da Região Norte e 2,79% do território total do país (IBGE, 2022). O clima predominante é equatorial, caracterizado por ser quente e úmido, com temperaturas que variam de 18°C a 33°C. A estação chuvosa ocorre de outubro a março, enquanto o período de seca começa entre abril e maio, prolongando-se até setembro.

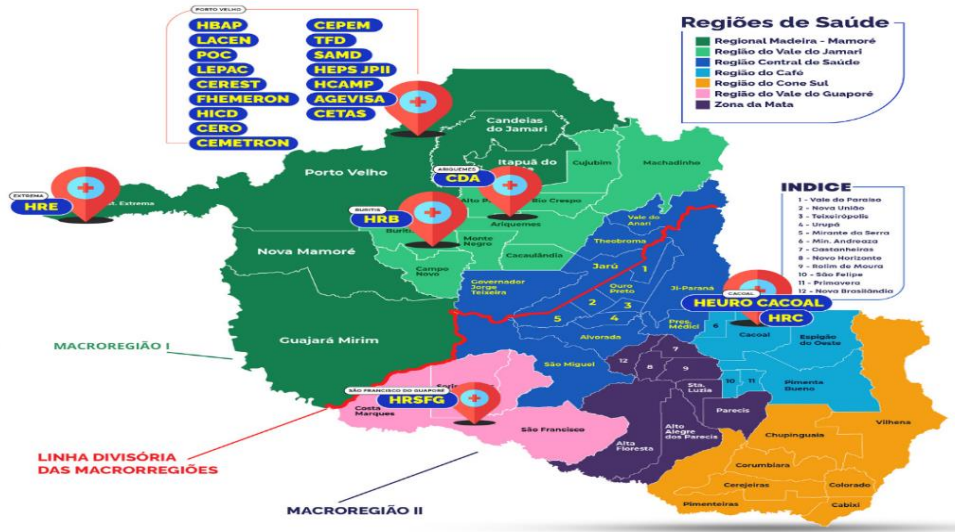
O estado tem uma população de 1.581.196 habitantes, com uma densidade populacional de 6,65 habitantes por quilômetro quadrado. Rondônia é o décimo terceiro maior estado em área territorial e possui o vigésimo terceiro maior contingente populacional entre todos os estados brasileiros (IBGE, 2022), com sua população distribuída em 52 municípios.

10. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A reorganização das regiões de saúde no estado foi realizada com base no decreto presidencial Nº 7.508/2011, durante os anos de 2012 e 2013. Esse processo resultou na criação de novas configurações para as Regiões de Saúde em Rondônia.

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

Figura 1 – Mapa de saúde do estado de Rondônia.

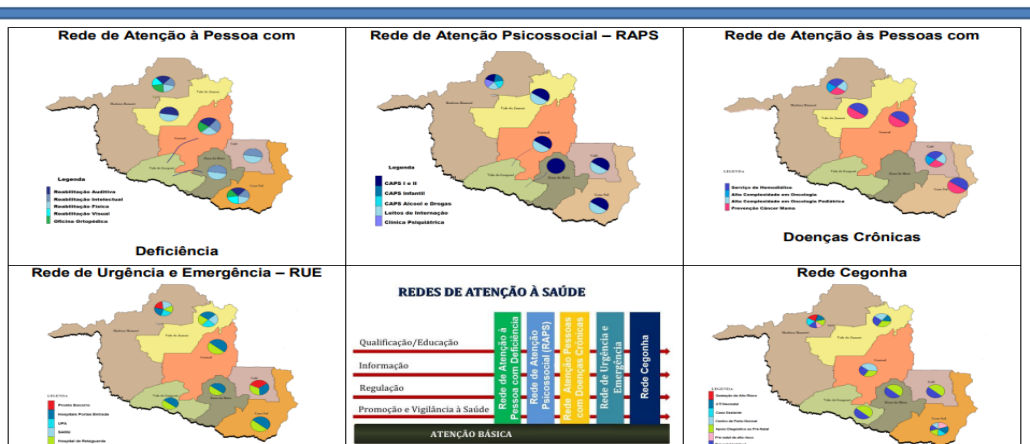


Fonte: SESAU/RO

A organização da RAS deve acontecer de forma articulada e integrada com outros serviços e instituições do território, de modo a ofertar ações contínuas, longitudinais, colaborativas e efetivas, visando fortalecer a rede de apoio na construção de intervenções compartilhadas, que possibilitem a criação de vínculos, a corresponsabilidade e a cogestão para um cuidado mais resolutivo (BRASIL, 2021).

Figura 2 – Organização dos serviços segundo redes temáticas.

Organização dos serviços segundo Redes Temáticas



Fonte:

Rondônia (RO) está focada em fortalecer a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas linhas de cuidado correspondentes. Esta Linha de cuidado abrange diferentes pontos de atenção em todos os níveis de complexidade, visando diminuir a ocorrência de novos casos de sobrepeso e obesidade, além de promover o cuidado abrangente e o tratamento das pessoas afetadas, independentemente da presença de outras doenças associadas.

Esta linha de cuidado está estruturada com base nas Portarias GM/MS nº 424 e nº 425, de 19 de março de 2013 e Portaria de Consolidação MS nº 3/2017 e conta, atualmente, com um (1) ambulatório especializado localizado na Policlínica Oswaldo Cruz, situada na macrorregião I, onde possui o Programa de Obesidade com equipe multidisciplinar para atendimento exclusivo; e com uma (1) unidade hospitalar de referência para realização de cirurgia bariátrica e de cirurgia reparadora, tal referência é o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, o qual segue em processo de habilitação pelo Ministério da Saúde, ambos executam atendimentos à população de todo o Estado.

A região macro II enfrenta desafios significativos relacionados à saúde, especialmente no que diz respeito ao crescente número de casos de obesidade. Diante dessa realidade, há planejamento para expandir o programa, tanto em âmbito ambulatorial quanto hospitalar, visando atender de forma mais eficaz e abrangente os pacientes que necessitam desse tipo de intervenção. Essa iniciativa não apenas contribuirá para a oferta de serviços especializados, mas também poderá ser crucial na promoção da saúde e qualidade de vida nessa comunidade.

Além disso, considerando a importância da prevenção e do acompanhamento contínuo, propõe-se a implantação de um ambulatório dedicado ao atendimento de pessoas com obesidade. Este ambulatório servirá como um centro de referência para consultas regulares, monitoramento nutricional, orientação psicológica e atividades físicas adaptadas. Ao oferecer um cuidado multidisciplinar, o ambulatório visa não apenas tratar a condição, mas também promover a adoção de hábitos saudáveis e prevenir complicações relacionadas à obesidade.

Essas iniciativas representam um compromisso em lidar de forma abrangente com a questão da obesidade na macrorregião II, visando promover a saúde e prevenir doenças relacionadas. Sua implementação não só atenderá a uma necessidade vital de saúde na região, mas também fortalecerá os esforços para

prevenir e tratar a obesidade, resultando em uma melhoria significativa na qualidade de vida da população que recebe atendimento tanto no hospital quanto no ambulatório.

11. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado, rompendo a atenção fragmentada, centrada na doença e no saber médico. Utilizando de tecnologias leves para o seu manejo, visando à estabilização das condições crônicas.

Para que a RAS possa ser resolutive é essencial que sua organização seja pautada em um modelo de atenção à saúde adequado, integrado e contínuo, que antecipe as necessidades da população. Neste sentido, propõe-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (BRASIL, 2021e).

O Quadro 1 apresenta os elementos do MACC e as ações relacionadas ao cuidado que podem ser implementadas no cotidiano de trabalho das equipes.

Quadro 4. Elementos do MACC e as ações relacionadas ao cuidado.

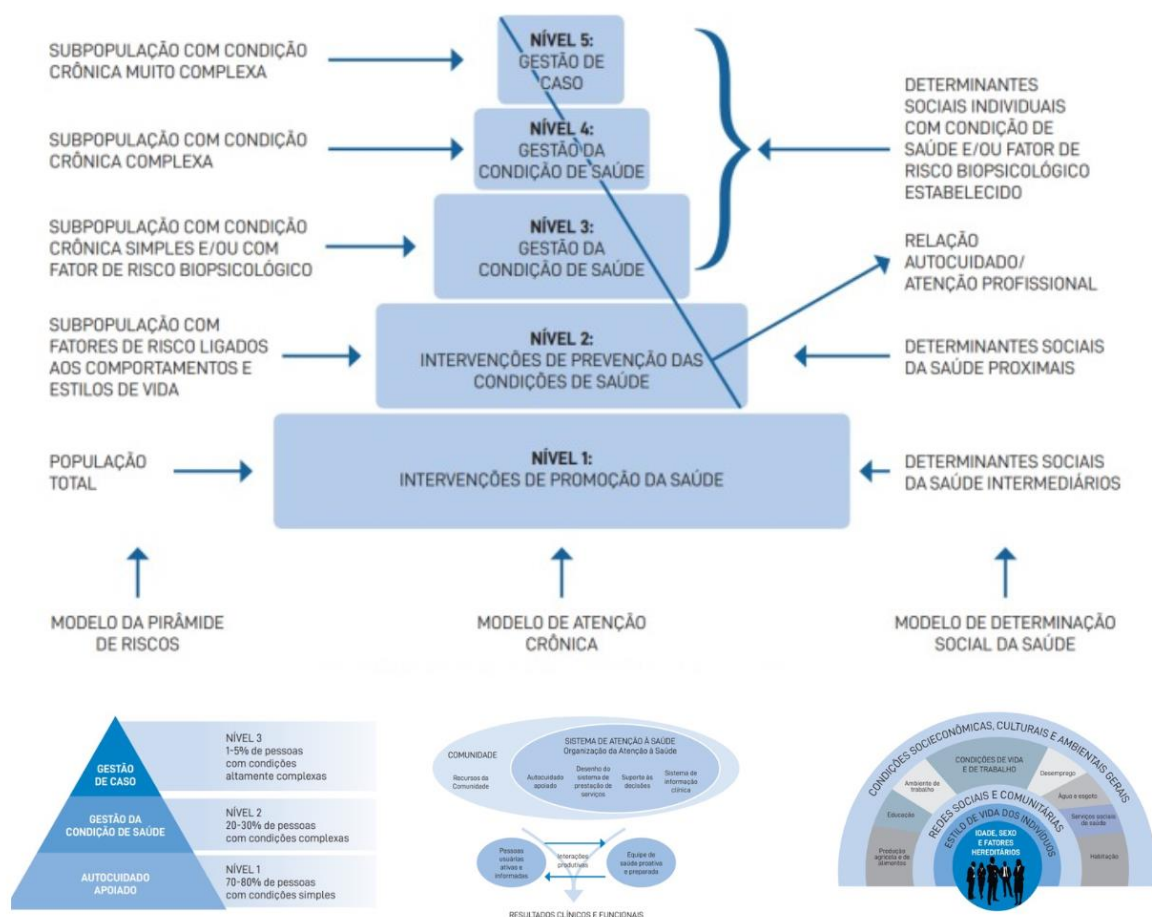
Elementos	Ações relacionadas
Organização da atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS deve coordenar o cuidado e compartilhá-lo com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) da RAS, conforme a necessidade do usuário; ▪ Integrar as equipes da APS com profissionais de outros pontos da RAS; ▪ Monitorar pessoas com sobrepeso e obesidade para avaliar as estratégias de intervenções utilizadas.
Suporte às decisões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir ações de saúde baseadas em evidências científicas e referenciais teóricos propostos por instituições de caráter técnico-científico; ▪ Usar ferramentas de educação permanente e de educação em saúde; ▪ Envolver equipe multiprofissional para o apoio na tomada de decisões.
Sistemas de informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrar informações dos usuários e de seus territórios nos sistemas de informação vigentes (Ex.: Sistema e-SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, Sistema de Informações Hospitalares – SIH); ▪ Preencher o prontuário do cidadão com completude de informações a respeito do manejo e condutas realizadas.
Autocuidado apoiado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecer o papel central dos usuários na atenção à saúde e desenvolver no usuário o sentido da autorresponsabilidade pelo seu cuidado; ▪ Definir os problemas, estabelecer prioridades, propor metas, elaborar planos de cuidado e monitorar resultados, conjuntamente com o usuário; ▪ Promover cooperação entre equipe e usuários.
Recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articular ações de promoção, prevenção e atenção de forma intersetorial na comunidade; ▪ Utilizar espaços potenciais do território para realizar ações de cuidado (Ex.: praças, Centros de Assistência Social, Academia da Saúde, associações, etc.)

Fonte: BRASIL, 2021e (Adaptado)

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

O MACC organiza a atenção e as ações de cuidado considerando a complexidade de cada caso e o tipo de atenção demandada, uma vez que usuários com grau de obesidade semelhante podem demandar cuidado profissional em intensidades diferentes. Esse processo requer que a equipe de saúde conheça a população (usuário e sua família) e o território, permitindo identificar redes de apoio para o cuidado (BRASIL, 2021e).

Figura 4 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade.



Fonte:

- **Níveis 1 e 2:** pessoas sem obesidade, que demandam ações de promoção da saúde e prevenção de obesidade, de forma a alcançar e/ou manter níveis saudáveis do peso corporal, dos hábitos alimentares e da prática de atividade física;

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

- **Nível 3:** pessoas com obesidade, sem comorbidades ou indicação cirúrgica de tratamento. Demandam intervenções de autocuidado apoiado ofertadas pela equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional;
- **Nível 4:** pessoas com obesidade e comorbidades, mas sem indicação cirúrgica de tratamento. Possuem maior necessidade da atenção compartilhada entre equipe da APS e da AAE;
- **Nível 5:** pessoas com obesidade, condições crônicas muito complexas e indicação de tratamento cirúrgico IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidade descompensada ou IMC ≥ 40 kg/m², sem sucesso no tratamento longitudinal realizado por no mínimo dois anos na APS e ou AAE e ou IMC ≥ 50 kg/m². Demanda da gestão de caso, cuidado profissional em todos os pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS e grande participação dos profissionais da APS e AH.

Para aqueles diagnosticados com sobrepeso e obesidade, é aconselhável realizar uma avaliação regular do estado nutricional e dos hábitos alimentares em cada consulta. Isso permite o acompanhamento contínuo e a adaptação das estratégias de tratamento conforme necessário.

12. COMPETÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS

Cabe à Atenção Primária à Saúde (APS) organizar o acesso aos serviços especializados para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, desempenhando seu papel de coordenação do cuidado de maneira colaborativa e coordenada com outros pontos de atenção.

A APS compartilha com a AAE o cuidado de pessoas com condições de saúde mais complexas, que demandam abordagens com maior densidade tecnológica e intervenção terapêutica, e daqueles sem sucesso no tratamento da obesidade durante acompanhamento longitudinal na APS (BRASIL, 2021c).

Segundo a Portaria De Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017/MS que normatiza as redes do Sistema Único de Saúde, os componentes possuem as seguintes atribuições:

13. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) implementa medidas de saúde tanto a nível individual quanto comunitário, garantindo qualidade e eficácia por meio de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação.

É a ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território.

13.1 PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS

- Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;
- Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;
- Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas e por no mínimo 2 anos;
- Coordenar o cuidado dos usuários que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30kg/m² com comorbidades ou IMC 40kg/m²;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar;
- Garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Polos de Academia da Saúde;

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

A Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023 do Ministério da Saúde, instituiu o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes multiprofissionais (eMulti) na atenção primária à saúde (APS). A nova proposta tem a interprofissionalidade como uma de suas diretrizes e constitui um arranjo substitutivo aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF).

As eMulti emergem num cenário para fortalecimento das ações interprofissionais e na interface com a agenda de incorporação de tecnologias e inovações na saúde. O novo arranjo mantém algumas similaridades com o trabalho do NASF e dispõe de novos mecanismos organizativos e estruturais.

No Estado ainda não há equipes eMulti habilitadas, embora haja relatos de funcionamento de equipes neste modelo. Assim, inviabiliza a mensuração precisa desta informação.

Quadro 5: Quantidade de Equipes cadastradas em RO.

UF	TOTAL SOLICITADAS		TOTAL HOMOLOGADAS	Total Cred/Hab		eMulti c/ TIC		Ampliada (s/ interm)		Intermunicipal		Complementar		Estratégica											
	TOTAL HAB/CRE			Credenciadas Convencional	Habilitadas 544	Solicitadas	Homologadas	Credenciadas Convencional	Habilitadas 544	Solicitadas	Homologadas	Credenciadas Convencional	Habilitadas 544	Solicitadas	Homologadas	Credenciadas Convencional	Habilitadas 544								
RO	39	20	2	6	14	15	1	3	6	1	0	0	0	2	0	0	0	11	0	1	4	27	2	5	8
TOTAL	39	20	2	6	14	15	1	3	6	1	0	0	2	0	0	0	0	11	0	1	4	27	2	5	8

Fonte: COAPS-SESAU/RO, 2024.

13.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O rastreamento e a estratificação de risco na APS devem ser realizados para identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade.

O profissional de saúde deve fazer a avaliação de marcadores de consumo alimentar, investigar a presença de doenças ou uso de medicamentos que provoquem ganho de peso e avaliar a gravidade, além da avaliação antropométrica dependendo da disponibilidade do serviço, as comorbidades e os fatores de risco de forma a definir o manejo terapêutico de cada caso. É nesse processo de avaliação, monitoramento e reavaliação que o profissional da APS pondera a necessidade de acionar outros profissionais e dispositivos da rede, visando o embasamento nas condutas.

Sugere-se a leitura do **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobr_epeso_obesidade.pdf

Após o rastreamento e a identificação do indivíduo com sobrepeso e obesidade, sugere-se que o processo de cuidado seja composto por acolhimento do usuário e abordagem inicial, abordagem individual, abordagem coletiva e abordagem transversal (BRASIL, 2021c).

13.3 AVALIAÇÃO INICIAL

- Os principais objetivos do acolhimento e da abordagem inicial são (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c):
- Verificar dados vitais;
- Realizar a avaliação antropométrica e verificar a classificação do estado nutricional;
- Realizar a avaliação de marcadores do consumo alimentar por meio da ficha de marcadores de consumo alimentar do e-SUS APS; https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ficha_marcadores_alimentar.pdf
- Avaliar o nível de atividade física e de comportamento sedentário;
- Avaliar a circunferência abdominal;

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

- Avaliar presença de outras doenças e comorbidades;
 - Verificar uso de medicamentos obesogênicos;
 - Verificar possíveis fatores que influenciam sua condição;
 - Verificar história do ganho ponderal e tentativas prévias de emagrecer, bem como condutas utilizadas;
 - Avaliar história de transtornos alimentares;
 - Avaliar o estágio de mudança de comportamento, no intuito de verificar a percepção do indivíduo e sua motivação atual para mudança de hábitos e início do tratamento;
- http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf
- Sensibilizar o usuário e realizar intervenções breves;
 - Agendar retorno para início do tratamento e cuidado continuado;
 - Verificar interesse e possibilidade de participação em atividades coletivas;
 - Caso o usuário opte por não iniciar o tratamento no atual momento, se colocar disponível para apoiá-lo quando ele considerar mais adequado.

13.4 ABORDAGENS INDIVIDUAIS

- As abordagens individuais devem ser pautadas nas seguintes ações (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c):
 - Cuidado compartilhado multiprofissional (minimamente com enfermeiro(a), médico(a), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, sempre que possível, nutricionistas. Profissionais de educação física e psicólogos contribuem para resultados mais significativos; outros profissionais também podem estar envolvidos;
 - Realizar a avaliação antropométrica e verificar a classificação do estado nutricional;
 - Realizar a avaliação de marcadores do consumo alimentar;
 - Ações de manejo individual conforme prevê o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Sobrepeso e Obesidade em Adultos;
- https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf

- Definição do plano terapêutico, estabelecimento de metas e autocuidado.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf

13.5 ABORDAGENS COLETIVAS

Conduzidas por profissionais de nível superior e, sempre que possível, de forma multiprofissional. As abordagens coletivas facilitam a interação entre indivíduos com a mesma condição de saúde e a explanação de conteúdos comuns aos usuários que estão em tratamento de obesidade, podendo contribuir para o conhecimento e cuidado (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Sugere-se abordar conteúdos relativos à mudança de comportamento, adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, visando melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Orienta-se que sejam realizadas de forma intercalada com as consultas individuais, de forma a complementar o tratamento. Todavia, a participação em atividades coletivas não deve ser considerada pré-requisito para as consultas individuais. A disponibilidade do usuário e ausência de constrangimento para participar de atividades em grupo devem ser considerados na construção de um processo de cuidado adequado e confortável ao usuário (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Preferencialmente, as pesagens devem ser feitas em ambiente privado ou nas consultas individuais de forma a evitar o constrangimento entre os usuários (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Conforme o Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021i), há evidências de que intervenções individuais e coletivas promovem o empoderamento das pessoas e as capacitam para o autocuidado, sendo efetivas no manejo de condições crônicas, como a obesidade.

Embora ainda sejam poucos os estudos que comparem a efetividade da abordagem coletiva versus a individual, algumas evidências demonstraram melhores resultados da redução de peso em pessoas que participaram de intervenções coletivas. Além disso, o abandono do tratamento parece ser menor em intervenções coletivas (BRASIL, 2021e).

O grupo permite que seus membros compartilhem possibilidades de solução

para situações-problema, de forma que os participantes atuem como “modelos” de comportamentos apropriados e incentivadores de mudanças necessárias, favorecendo a efetividade e o processo de engajamento dos usuários. Mas, para isto, a abordagem coletiva exige planejamento e intensa participação do facilitador e da equipe (BRASIL, 2021e).

13.6 ABORDAGENS TRANSVERSAIS

As abordagens transversais podem ocorrer a qualquer momento ao longo do tratamento da pessoa com obesidade, sendo a periodicidade e duração dependente da necessidade de cada usuário e da organização do serviço, bem como da articulação com outros setores (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

Podem compor as abordagens transversais a prática de atividade física, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), o apoio psicológico, a abordagem familiar, as atividades intersetoriais, entre outras que possam complementar o cuidado ofertado (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021c).

13.7 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A vigilância alimentar e nutricional é caracterizada pela descrição contínua e predição de tendências da alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. A avaliação constante e sistemática do estado nutricional e de marcadores do consumo alimentar é essencial para a identificação precoce de alterações no peso e de padrões alimentares não saudáveis, constituindo-se como um dos primeiros passos na organização da atenção à saúde (BRASIL, 2021c).

A vigilância alimentar e nutricional e a identificação dos usuários com sobrepeso e obesidade na APS podem ser realizadas em diferentes momentos, como na demanda espontânea, durante consultas programadas, visitas domiciliares, atividades coletivas, busca ativa, além de outros espaços do território como Academias da Saúde, entre outros (BRASIL, 2021c).

O registro dos dados de peso, altura e marcadores de consumo alimentar deve ser realizado no sistema de informação vigente (e-SUS, sistema próprio ou SISVAN). A coleta desses dados e o correto registro permitem a atuação imediata das equipes, organização do processo de trabalho para dar seguimento às pessoas que necessitem de cuidado e a análise da situação de saúde de forma coletiva,

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

possibilitando a melhoria da qualidade da intervenção e identificação de necessidades e prioridades no território (BRASIL, 2021c).

O SISVAN é uma potente ferramenta para apoiar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional na APS, incluindo informações de estado nutricional e consumo alimentar. Assim, subsidia a gestão na análise dos indicadores de alimentação e nutrição da população (BRASIL, 2021d).

As atividades de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade são realizadas nos territórios de saúde por meio de ações pelas equipes de saúde da família, podendo ser de forma individual nos atendimentos, visita domiciliar e/ou nos grupos de educação em saúde. Além disso, são realizadas atividades educativas nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola.

O Programa Saúde na Escola (PSE) política intersetorial da Saúde e da Educação, instituído pelo Decreto Presidencial nº6.286, em 2007, tem o objetivo de promover saúde e educação integral às crianças e adolescentes jovens e adultos da educação pública brasileira.

A tabela a seguir retrata as atividades realizadas no âmbito do programa no ano de 2023 com enfoque na alimentação saudável com práticas de saúde voltadas para a antropometria.

Quadro 6. Atividades desenvolvidas em 2023

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS				
Temas para Saúde: Alimentação saudável.				
Práticas em Saúde: Antropometria.				
Competência: DEZ/2023, NOV/2023, OUT/2023, SET/2023, AGO/2023, JUL/2023, JUN/2023, MAI/2023, ABR/2023, MAR/2023, FEV/2023, JAN/2023.				
UF	IBGE	Município	Educação	Saúde
RO	110020	PORTO VELHO	328	552
RO	110148	SÃO FELIPE D'OESTE	0	7
RO	110004	CACOAL	2	2
RO	110149	SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ	0	16
RO	110040	ALTO PARAÍSO	1	10
RO	110045	BURITIS	11	11

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

RO	110013	MACHADINHO D'OESTE	0	1
RO	110015	OURO PRETO DO OESTE	0	2
RO	110140	MONTE NEGRO	2	2
RO	110033	NOVA MAMORÉ	2	3
RO	110002	ARIQUEMES	5	25
RO	110155	TEIXEIRÓPOLIS	1	1
RO	110018	PIMENTA BUENO	13	13
RO	110100	GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA	5	5
RO	110034	ALVORADA D'OESTE	0	1
RO	110175	VALE DO ANARI	1	1
RO	110030	VILHENA	2	6
RO	110026	RIO CRESPO	8	9
RO	110080	CANDEIAS DO JAMARI	5	38
RO	110011	JARU	24	26
RO	110160	THEOBROMA	0	1
RO	110012	JI-PARANÁ	10	16
RO	110028	ROLIM DE MOURA	4	4

Fonte: SISAB, 2024.

Quanto aos Programas que recebem recursos via Ministério da Saúde para repasse aos municípios (desde que ocorra o cumprimento de metas pré-estabelecidas) temos:

13.8 ACADEMIA DA SAÚDE – PAS

Portaria Nº 1.402, De 15 De Junho De 2011 - Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde; O **artigo 7º** da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, estabelece os seguintes eixos de ações para serem desenvolvidos nos polos do programa:

- Práticas corporais e Atividades físicas;
- Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- Promoção da alimentação saudável;
- Práticas integrativas e complementares;
- Práticas artísticas e culturais;
- Educação em saúde;

- Planejamento e gestão; e
- Mobilização da comunidade.

13.9 INCENTIVO A ATIVIDADE FÍSICA – IAF

Portaria GM/MS Nº 2.770, de 27 de dezembro de 2023 - Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados, por meio da Portaria GM/MS nº 1.733, de 3 de novembro de 2023, e cadastrados no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para fins da transferência do Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022, e, neste momento não está aberto para novas adesões;

13.10 PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL-PROTEJA

Portaria GM/MS Nº 2.332, de 12 de dezembro de 2023 - Habilita municípios ao recebimento de incentivo financeiro federal de custeio, referente ao segundo ano de monitoramento de implementação das ações no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja), que foi encerrada em DEZEMBRO DE 2023;

13.11 ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL – EAAB

Portaria GM/MS Nº 3.297, de 4 de dezembro de 2020 - Institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde e, Portaria GM/MS Nº 1.124, De 19 De Maio De 2022 - Institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e

saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade, no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde;

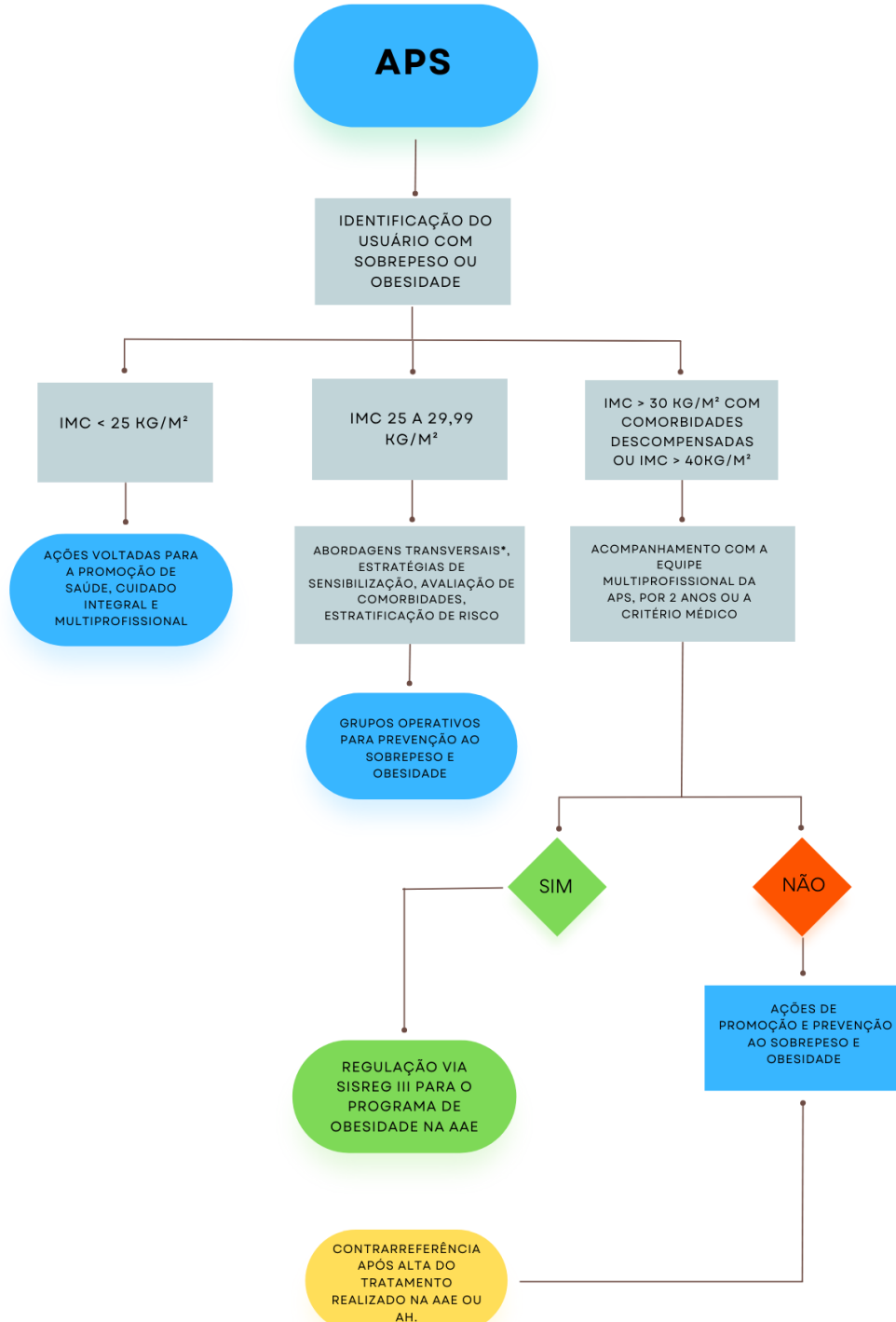
13.12 FERRO

Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Capítulo IV - da alimentação e nutrição Seção I - Do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Art. 110. Esta seção atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 1º), Art. 111. O PNSF tem como objetivo prevenir e controlar a anemia por deficiência de ferro e deverá ser implantado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todos os Municípios brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 2º) e, Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013 - Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

13.13 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – PBF

Decreto Nº 5.209 de 17 de setembro de 2004 - Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências; Caderno do IGD-M/PBF- Agosto/2022 - O Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do Programa Auxílio Brasil (PAB) representa uma estratégia inovadora para medir o desempenho de cada município, estimular resultados cada vez mais qualitativos e também compor a base de cálculo de recursos a serem transferidos aos municípios, para que possam ser aplicados no aperfeiçoamento da gestão e operacionalização local do PAB e do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e, Portaria MDS Nº 954, de 29 de dezembro de 2023 - Disciplina procedimentos relativos ao pagamento de benefícios e aos cartões do Programa Bolsa Família - PBF, incluindo aqueles contratados junto à Caixa Econômica Federal.

FLUXOGRAMA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE



***Abordagens Transversais:** suporte psicológico, prática de atividade física, ações intersetoriais para promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e obesidade.

14. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) engloba atividades e serviços que requerem a presença de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Este tipo de atendimento é caracterizado pela utilização de processos de trabalho mais avançados e tecnológicos, e idealmente deve ser organizado de forma hierárquica e regionalizada. Isso visa garantir uma relação custo/benefício adequada e a qualidade do cuidado prestado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por coordenar a demanda, compartilhando-a com a AAE.

14.1 PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS

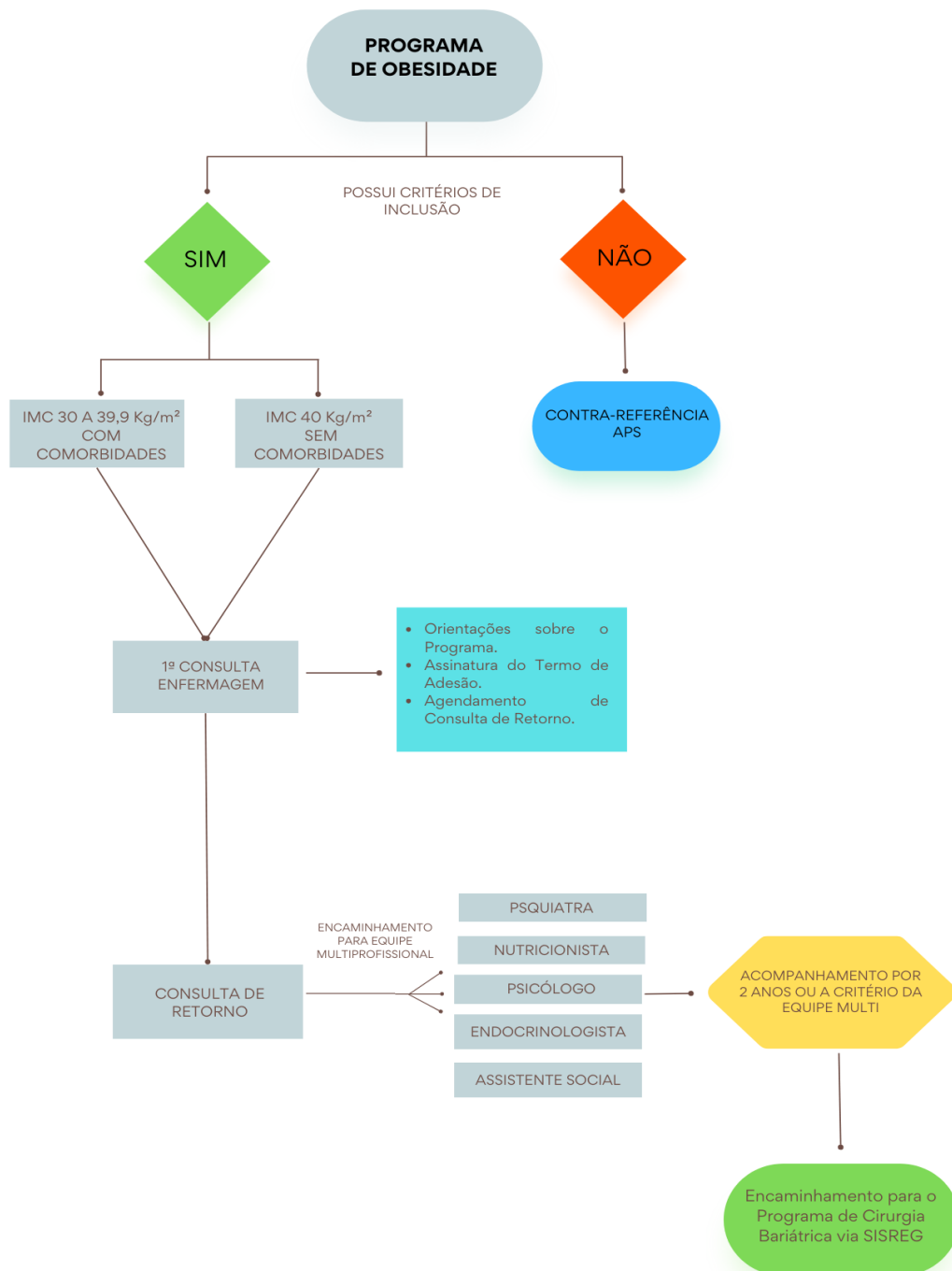
- Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;
- Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC 30kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;
- Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;
- Organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente;
- Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção básica.

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

O critério de encaminhamento da Atenção Básica para a Média Complexidade se dará conforme descrito abaixo:

- 1) IMC > 30 kg/m² com comorbidades;
- 2) IMC 40 kg/m² quando esgotados as possibilidades terapêuticas.

FLUXOGRAMA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA



15. ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)

A Atenção Hospitalar (AH) fornece tratamentos altamente especializados que requerem tecnologia avançada. Ela é encarregada de cuidar de pacientes com condições de saúde agudas ou crônicas complexas, que possam se deteriorar e apresentar complicações, necessitando de cuidados intensivos em regime de internação. Suas responsabilidades incluem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

15.1 Principais competências

- Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas;
- Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
- Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo como estabelecido nas diretrizes clínicas gerais definidas pelo Ministério da Saúde;
- Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;
- Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
- Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas;
- Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada.

15.2 DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

A cirurgia bariátrica é um recurso terapêutico oferecido com rigoroso critério e indicações pelos serviços de AH, após o insucesso em tratamentos anteriores na APS e AAE (BRASIL, 2021a).

No Brasil, existem atualmente 7.700 hospitais distribuídos pelos 5.568 municípios do país. No entanto, apenas 98 desses hospitais realizam cirurgias bariátricas e metabólicas. É importante destacar que os estados do Amazonas, Rondônia, Roraima e Amapá não possuem serviços habilitados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para realização de cirurgia bariátrica. Como mencionado anteriormente, em Rondônia há um único hospital que está em processo de organização para se tornar habilitado a oferecer esse serviço.

Entre os anos de 2019 e 2021 foram realizadas 19.203 cirurgias bariátricas pelo SUS no país, sendo 12.568 procedimentos em 2019; 3.129 procedimentos em 2020 e 1935 procedimentos em 2021. A queda foi de 77 % se comparado o ano de 2019 com o ano de 2021 e de 23% se comparado o ano de 2020 com o ano de 2021 (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica).

O tratamento cirúrgico da obesidade deverá seguir os critérios da Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, Regulamento Técnico, Normas e Critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade no Art. 18.

“Fica determinado que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade realize as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos indivíduos com obesidade, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.”

Ressalta-se que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal (Portaria Consolidação nº 3/2017, MS).

De acordo com as Diretrizes Gerais Para O Tratamento Cirúrgico Da Obesidade E Acompanhamento Pré-Cirurgia E Pós-Cirurgia Bariátrica no ANEXO 3 DO ANEXO IV, o tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

15.3 INDICAÇÕES PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

- I. Indivíduos que apresentem $IMC^3 > 50 \text{ Kg/m}^2$;
- II. Indivíduos que apresentem $IMC^3 > 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- III. Indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

- I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- II. Respeitar os limites clínicos de acordo com a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem escore maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;
- III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

15.4 CONTRAINDICAÇÕES PARA CIRURGIA BARIÁTRICA:

- Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;
- Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciam a relação risco-benefício;
- Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

15.5 AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra-indicação do tratamento cirúrgico da obesidade, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

15.6 ASSISTÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O acompanhamento pré-operatória e pós-operatório deve ser realizado pela equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

Quadro 7. Avaliação pré-operatória

Pré-operatório/Fases	Avaliações
Fase inicial	Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
	Indivíduos com IMC > 50 kg/m ² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório.
	Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.
Fase secundária	Avaliação do risco cirúrgico
	Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTT, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3).

Fonte: Portaria Consolidação nº 3/2017, MS.

Assistência pós-operatória deve ser realizada da seguinte forma:

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 8. Consultas de acompanhamento perioperatório.

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E EXAMES PÓS-OPERATÓRIOS
Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Fonte: Portaria Consolidação nº 3/2017, MS.

O programa de cirurgia bariátrica do HBAP estende esse período por 02 anos onde os pacientes realizam consultas e exames com a equipe multidisciplinar.

Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses:

- Hemograma completo,
- Proteínas totais e frações,
- Zinco sérico,
- Dosagem de cálcio,
- Dosagem de vitamina b12,
- Folato,
- Dosagem de ferritina,
- Triglicérides,
- Dosagem de 25 hidroxivitamina d,

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

- Dosagem de colesterol ldl,
- Dosagem de colesterol hdl,
- Dosagem de colesterol total.

Para a cirurgia bariátrica NÃO existe Urgência ou Emergência em sua realização, visto que os pacientes que possuem doenças graves associadas, necessitam que estas estejam controladas para que a cirurgia ocorra de maneira segura.

15.7 INDICAÇÕES PARA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA:

A cirurgia plástica reparadora é um procedimento importante para a recuperação física e psicológica dos pacientes que passaram pela cirurgia bariátrica de caráter terapêutico.

A Portaria MS/GM nº 424/2013 que trata da Indicação para Cirurgia Plástica Reparadora cita **“4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;”**. O direito à cirurgia reparadora não é absoluto, visto que, se faz necessário que haja indicação médica baseada em critérios clínicos e não apenas estéticos para que os pacientes possam realizar o procedimento.

Os seguintes critérios segundo a Portaria MS/GM nº 424/2013 são:

- Mamoplastia:** incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- B. Abdominoplastia/torsoplastia:** incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- C. Excesso de pele no braço e coxa:** limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

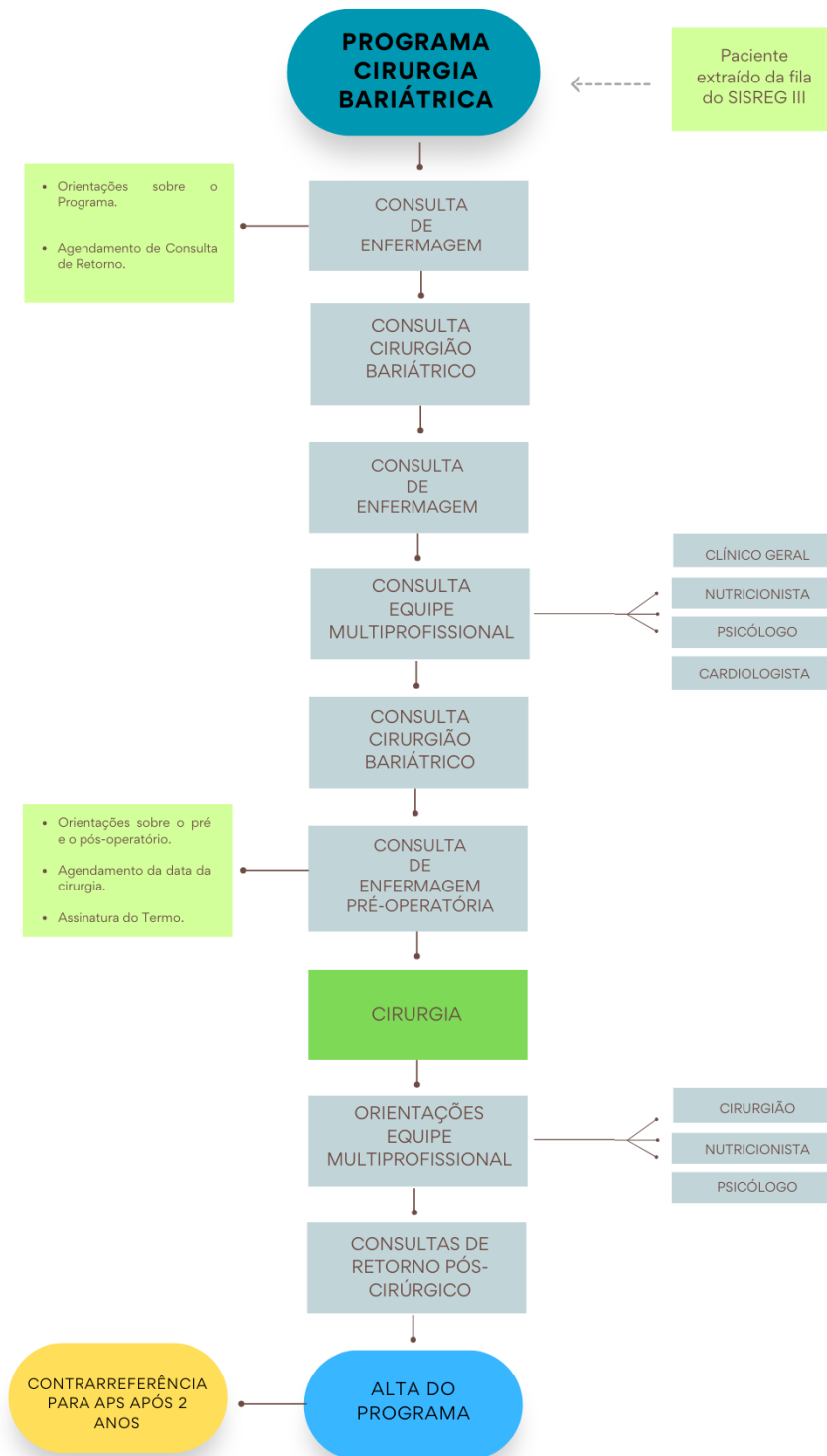
bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

Os pacientes que alcançarem uma significativa redução de peso por meio de tratamento clínico, físico e/ou nutricional no programa da atenção ambulatorial especializada e que precisarem realizar cirurgia reparadora deverão ser encaminhados para o programa de cirurgia bariátrica da atenção hospitalar para serem avaliados, ficando a critério da equipe médica do programa a regulação para a realização ou não do procedimento.

Contraindicação da cirurgia plástica reparadora:

- Ausência de redução de peso (falta de adesão ao tratamento).

FLUXOGRAMA CIRURGIA BARIÁTRICA



OBS: AS CONSULTAS DE RETORNO PÓS-CIRÚRGICO SEGUIRÃO O FLUXOGRAMA INTERNO DA UNIDADE.

16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (UE)

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3/2017/MS na **Seção V CAPÍTULO II Art. 30: “c)** Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, c)”

17. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO SOBREPESO E OBESIDADE

Atualmente, não existem medicamentos padronizados para o tratamento do sobrepeso e obesidade no SUS, incorporados nas tabelas de medicamentos (Brasil, 2022b). Em 2020, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) avaliou os medicamentos sibutramina e orlistate, não recomendando a incorporação destes no SUS (Brasil, 2022a, 2022b). Dessa forma, o MS torna pública a decisão de não os incorporar por meio da publicação da Portaria SCTIE/MS nº 15, de 23 de abril de 2020 e da Portaria SCTIE/MS nº 14,d e 22 de abril de 2020.

18. PRINCÍPIOS DO CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE

- No tratamento da obesidade, é essencial definir metas alcançáveis e realistas, levando em consideração os limites individuais de cada pessoa. Estabelecer objetivos impossíveis de alcançar pode desmotivar o indivíduo e comprometer a sustentabilidade do tratamento.
- É fundamental que as estratégias propostas sejam duradouras e possam ser adotadas ao longo da vida. Abordagens de curto prazo que visam apenas à perda de peso rápida não são saudáveis, pois não são sustentáveis a longo prazo e geralmente resultam em altas taxas de recuperação de peso.
- O ganho de peso excessivo pode ser causado pela diminuição do metabolismo, consumo excessivo de alimentos ou falta de atividade física

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

devido a diversos fatores, como questões econômicas, sociais, biológicas, culturais ou psicológicas. Para tratar a obesidade de forma eficaz, é crucial identificar e abordar esses fatores contribuintes e as barreiras que impedem seu controle.

- O foco do tratamento não deve se limitar apenas à quantidade de peso perdido, mas, sobretudo, em promover melhorias na saúde e na qualidade de vida. Um tratamento eficaz é aquele que resulta em aumento da autoestima, maior energia e disposição, além da melhora das condições de saúde em geral e das comorbidades associadas.

Mesmo pequenas reduções no peso corporal, como 5%, podem resultar em melhorias notáveis na saúde e no bem-estar. É importante ressaltar que o peso considerado "ideal" para cada pessoa pode variar e não deve ser determinado por padrões pré-estabelecidos.

19. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de monitoramento e avaliação da atenção aos indivíduos com sobrepeso e obesidade é essencial para verificar o desempenho na oferta de ações e realizar ajustes necessários na organização do processo de trabalho das equipes. Tanto o monitoramento quanto a avaliação envolvem atividades que devem ser contínuas e integradas, que permitam comparar o resultado obtido e o previsto e que possibilitem tomar decisões sobre medidas corretivas que reduzam falhas e fortaleçam a resolutividade das ações (BRASIL; IPEA, 2018).

Os indicadores são ferramentas que permitem monitorar o progresso e avaliar o alcance dos objetivos de uma política ou programa. Eles abrangem aspectos como quantidade, qualidade, cronograma e custos, permitindo uma comparação entre o planejado e o observado. Além disso, indicam quais dados devem ser coletados para acompanhar a implementação e avaliar se os resultados esperados foram alcançados.

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

Quadro 9. Indicadores da linha de cuidados à pessoa com sobrepeso e obesidade.

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação	Resp.
Estado Nutricional (IMC) por ciclo de vida (crianças de 0 a menores de 5 anos, 5 a < 10 anos, adolescentes (10 a < 60 anos), idosos (60 anos ou mais) e gestantes (todas as idades).	Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período. Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100	SISVAN	Este indicador deve ser estratificado por faixas etárias: menores de 5 anos, de 5 a 9 anos, adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos), gestantes, idosos (60 anos e mais). Há a possibilidade de estratificação por sobrepeso e obesidade, sendo que no adulto ainda é possível estratificar pelo grau de obesidade (grau I, II ou III). As metas para este indicador devem ser pactuadas a partir das prevalências de inquéritos atualizados. Indicador avaliado anualmente.	CAN-COAPS
Consumo alimentar por ciclo de vida (crianças de 0 a menores de 5 anos, 5 a < 10 anos, adolescentes (10 a < 60 anos), idosos (60 anos ou mais) e gestantes (todas as idades).	Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas (2 a 4 anos e 5 a 9 anos). - Consumo de feijão (crianças de 2 a 4 anos e 5 a 9 anos). - Hábito de realizar as refeições assistindo a televisão, por ciclo de vida (adolescentes, adultos, idosos e gestantes de todas as idades). - Consumo de alimentos ultraprocessados por ciclo de vida (adolescentes, adultos, idosos e gestantes de todas as idades).	SISVAN	Este indicador deve ser estratificado por faixas etárias: menores de 5 anos, de 5 a 9 anos, adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos), gestantes, idosos (60 anos e mais). Indicador avaliado anualmente.	CAN-COAPS
Proporção de atendimentos na APS para Obesidade.	Nº de Atendimentos Individuais na APS para a condição avaliada "Obesidade", realizada por profissional de saúde de nível superior, por ciclo de vida (crianças de 0 a 9 anos, adolescentes de 10 a 19, adulto de 20 a 59 anos, idosos com 60 anos ou mais e e gestantes - todas as idades).	SISAB	Este indicador deve ser estratificado por faixas etárias: menores de 5 anos, de 5 a 9 anos, adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos), gestantes, idosos (60 anos e mais). Indicador avaliado anualmente.	CAN-COAPS
Proporção de atendimentos na AE para Obesidade.	Nº de Atendimentos Individuais na AE para a condição avaliada "Obesidade", realizada por profissional de saúde de nível superior.	SISREG	Indicador avaliado anualmente.	POC
Taxa de internações por cirurgia bariátrica na população entre 16 e 65 anos	Número de internações por cirurgia bariátrica na população com idade entre 16 e 65 anos, em determinado local e período. População com idade entre 16 e 65 anos no mesmo local e período x 1.000	(SIH) – procedimentos 04.07.01.012-2; – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve). 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018-1 – gastroplastia	Indicador avaliado anualmente.	HB

SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE

		vertical com banda (numerador) e Censo do IBGE (denominador).		
Tempo médio de internação por cirurgia bariátrica	Número total de dias de internação por cirurgia bariátrica. Número total de internações por cirurgia bariátrica	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimentos: 04.07.01.012-2 – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve). 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018-1 – gastroplastia vertical com banda (numerador e denominador)	Indicador avaliado anualmente.	HB
Taxa de internações por intercorrência clínica pós cirurgia bariátrica	Número de internações por intercorrência clínica pós cirurgia bariátrica, em determinado local e período. Número de internações por cirurgia bariátrica, no mesmo local e período x 1.000	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimentos. 03.03.07.013-7 – tratamento por intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica (numerador). 04.07.01.012-2 – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve). 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018- 1 – gastroplastia vertical com banda (denominador)	Indicador avaliado anualmente.	HB
Taxa de internações por intercorrência cirúrgica pós cirurgia bariátrica	Número de internações por intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica, em determinado local e período. Número de internações por cirurgia bariátrica, no mesmo local e período x 1.000	Sistema de Informação Hospitalar (SIH) – procedimentos: 04.07.01.037- 8 – tratamento por intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica (numerador). 04.07.01.012-2 – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve).	Indicador avaliado anualmente.	HB

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

		04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 04.07.01.018- 1 – gastroplastia vertical com banda (denominador).	
--	--	---	--

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

WORLD OBESITY FEDERATION. **covid-19 and Obesity: The 2021 Atlas The cost of not addressing the global obesity crisis** March 2021. Disponível em: www.worldobesity.org

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças, Anexo 1 – Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Diário Oficial da União: 2023.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Obesidade**. Brasília, 2014.
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_e_cab38.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população Brasileira. 2a ed.** Brasília, 2014.

WHO. **Obesity and overweight**. WHO. 2020/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2a. ed.** Brasília, 2015.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no sus**. Brasília: [s. n.], 2021e. 154 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2NA==>.

BRASIL. Associação Brasileira Para O Estudo Da Obesidade E Da Síndrome Metabólica (ABESO). Departamento de Atividade Física. **Guia Prático: Exercício Físico e Obesidade**. [S. l.], 01 set. 2021a. Disponível em: <https://abeso.org.br/baixe-o-nosso-guiapratico-exercicio-fisico-e-obesidade/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Manifesto**

Obesidade: Cuidar de Todas as Formas. [S. I.], 11 mar. 2021b. Disponível em:
<https://abeso.org.br/manifesto-obesidade-cuidar-de-todas-as-formas/>

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1990; 20 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: [s. n.], 2013. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União 2017; 22 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Portaria nº 53, de 11 de novembro de 2020. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Sobrepeso e Obesidade em Adultos.** Brasília, novembro 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado: Obesidade no Adulto.** [S. I.], 2021a. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2ª. ed. Brasília: [s. n.], 2014. 158 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.** Brasília: [s. n.], 2015. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).** [S. I.], 2020d. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira.** Brasília: [s. n.], 2021b. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília: [s. n.], 2021c. 66 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA1Nw==>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice.** [S. I.], 2020e. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações**

estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: [s. n.], 2021d. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade: Fascículo 2.** Brasília, 2022. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_guia_obesidade_fasciculo2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no sus.** Brasília: [s. n.], 2021e. 154 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2NA==>

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2021f. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** 2021g. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/susestrutura-principios-e-como-funciona>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome 2022** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b. 181 p. : il.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Resolução n. 13/2017.** Disponível em <https://www.conass.org.br>

ANEXO I

Plano de Ação

Ação	Execução	Data	Região de Saúde
Pactuação da Linha em CIB	Presencial	Março de 2024	Madeira-Mamoré
Apresentação do Plano de Ação em CIB	Presencial	Abril de 2024	Madeira-Mamoré
Apresentação da Linha pós pactuada às Gerências Regionais de Saúde	Remoto	25/04/2024	Madeira-Mamoré, Café, Vale do Jamari, Zona da Mata, Cone Sul, Central, Vale do Guaporé.
Implementação da Linha	Presencial e Remoto	Maio de 2024	Cone Sul
		Junho de 2024	Vale do Jamari
		Julho de 2024	Café
		Agosto de 2024	Madeira-Mamoré
		Setembro de 2024	Central
		Outubro de 2024	Zona da mata
		Novembro de 2024	Vale do Guaporé
Monitoramento e avaliação	Presencial e Remoto	2025	Madeira-Mamoré, Café, Vale do Jamari, Zona da Mata, Cone Sul, Central, Vale do Guaporé.