

Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade no Estado de Rondônia

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

ELABORAÇÃO:

Ana Paula de Sousa Silva Uchôa

REVISÃO:

Daniele Cardoso Santos Araújo Ramos

Diêny Gêssica Oliveira Pereira

Mariana Aguiar Prado

COLABORAÇÃO:

Coordenadoria de Atenção Primária em Saúde

Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro

Policlínica Oswaldo Cruz

LISTA DE ABREVIATURAS

APS- Atenção Primária à Saúde

UBS- Unidades Básicas de Saúde

RAS- Rede de Atenção à Saúde

LCSSO - Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis

IMC - índice de massa corporal

SBCBM- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar

SUS- Sistema Único de Saúde

IMC- Índice de Massa Corporal

RO- Rondônia

MACC- Modelo de Atenção às Condições Crônicas

eMulti- equipes multiprofissionais

NASF- Núcleos Ampliados de Saúde da Família

PCDT- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PICS- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

e-SUS- Eletrônico Sistema Único de Saúde

PSE- O Programa Saúde na Escola

SAPS- Secretaria de Atenção Primária à Saúde

PAS- Programa Academia da Saúde

IAF- Incentivo a Atividade Física

Proteja- Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil

EAAB- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

PNSF- Programa Nacional de Suplementação de Ferro

PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PBF- Programa Bolsa Família

IGD-Índice de Gestão Descentralizada

PAB- Programa Auxílio Brasil

PBF- Programa Bolsa Família

AAE- Atenção Ambulatorial Especializada

AH- Atenção Hospitalar

UE- Urgência e Emergência

CID-Classificação Internacional de Doenças

SUMÁRIO

1.Introdução.....	10
2.Objetivo geral.....	11
2.1. Objetivo geral.....	11
2.2. Objetivos Específicos.....	11
3. Premissas.....	12
4. A obesidade como problema de saúde pública.....	13
4.1 Excesso de peso e obesidade.....	15
5.Diagnóstico epidemiológico da região de saúde.....	17
6.Definição e causalidade.....	18
6.1. Fatores de Risco e de Proteção.....	18
7.Classificação estatística internacional de doenças e problemas 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.....	25
12. Competências dos Pontos de Atenção da RAS.....	27
13. Atenção Primária à Saúde.....	27
13.1 Principais competências.....	28
13.2 Estratificação de risco.....	29
13.3 Avaliação inicial.....	30
13.4 Abordagens individuais.....	31
13.5 Abordagens coletivas.....	31
13.6 Abordagens transversais.....	32
13.7 Vigilância alimentar e nutricional.....	33
13.8 Academia da saúde.....	35
13.9 Incentivo a atividade física.....	35
13.10 Prevenção e atenção à obesidade infantil.....	36
13.11 Estratégia amamenta e alimenta Brasil.....	36
13.12 FERRO.....	36

13.13 Programa bolsa família.....	37
14. Atenção ambulatorial especializada.....	39
14.1 Principais competências.....	39
15. Atenção hospitalar.....	41
15.1 Principais competências.....	41
15.2 Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade.....	41
15.3 Indicações para cirurgia bariátrica.....	42
15.4 Contra indicações para cirurgia bariátrica.....	44
15.5 Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade.....	44
15.6 Assistência pré-operatória e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade.....	44
15.7 Indicações para cirurgia plástica reparadora.....	46
16. Urgência e Emergência.....	48
17. Princípios do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade.....	49
18. Monitoramento e avaliação.....	50
19. Indicadores da linha de cuidados à pessoa com sobrepeso e obesidade.....	50
20. Referências.....	54

LISTA DE TABELAS

Quadro 1. Prevalência de Sobrepeso e Obeso por Região.

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

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

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

Quadro 5 Quantidade de Equipes cadastradas em RO.

Quadro 6. Atividades desenvolvidas em 2023.

Quadro 7. Avaliação pré-operatória

Quadro 8. Consultas de acompanhamento perioperatório.

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

LISTA DE FIGURAS

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

Figura 2 – Mapa de saúde do estado de Rondônia.

Figura 3 – Organização dos serviços segundo redes temáticas.

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

Figura 5- Fluxograma Atenção Primária de Saúde.

Figura 6- Fluxograma Atenção Ambulatorial Especializada.

Figura 7- Fluxograma Cirurgia Bariátrica.

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 cenário epidemiológico, a obesidade se destaca por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País. No Brasil, a obesidade vem em uma crescente que tem preocupado especialistas, onde um levantamento feito pela Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), revela que o país já tem 20,3% de sua população adulta composta por obesos. Até 2030 esse percentual pode aumentar para 30% da população.

Cabe ressaltar que várias condições crônicas foram fatores de risco em relação à pandemia da COVID-19, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, doenças oncológicas, obesidade, doenças renais crônicas, fragilidade dos idosos e 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). No atual contexto de pandemia da covid-19, as consequências da obesidade sobre a saúde da população também intensificaram esse agravamento como importante problema de saúde pública nos cenários internacional e nacional, pois aumentaram o risco de complicações e severidade da doença causada pelo SarsCoV-2 e o tempo de internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, além da chance de letalidade.

A porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), onde as pessoas com excesso de peso e obesidade são identificadas e acolhidas pela equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que fazem o acompanhamento e, quando necessário, encaminham os usuários para a Atenção Especializada para continuação do atendimento. 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).

Considerando todo o cenário apresentado, esta Linha de Cuidado tem o objetivo de estimular junto às equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, atenção e vigilância; visando a redução do excesso de peso, a melhoria das condições de saúde, o manejo dos fatores de risco associados e a prevenção de complicações, promovendo qualidade de vida.

Sendo assim, é essencial que os gestores e profissionais de saúde estabeleçam articulação intrasetorial e intersetorial, no âmbito municipal, regional e estadual, para a implementação da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade como forma de prestar assistência ao usuário nos diversos pontos de atenção da RAS, bem como empoderar as pessoas sobre suas condições de saúde, promovendo o autocuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente documento apresenta a Linha de Cuidado do 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;
- 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:

Vigilância Alimentar e Nutricional

- Apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno da situação alimentar e nutricional, bem como monitorar e prever o cenário, tendência e magnitude da situação de obesidade em nível municipal, regional e estadual.

Não culpabilização do indivíduo

- O estigma enfrentado pelos adultos com obesidade resulta em maior morbimortalidade e afeta negativamente o tratamento.

Promoção da Saúde

- Implementar ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso, especialmente voltadas à identificação precoce dos fatores de risco de agravamento.

- Redução de problemas potenciais com a adoção de medidas preventivas.

Cuidado integral

- Promover a atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde.
- Contribuir com a redução da hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em atenção primária.

Intersetorialidade

- A multicausalidade da obesidade demanda ações de diversos setores, a fim de reduzir os casos de urgência por agudização da condição crônica como também das interações sociais.

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).

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. As informações públicas estão sendo divulgadas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) no dia – 4 de março – data alusiva e que marca a importância do combate à obesidade entre adultos e 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).

Diante do avanço considerável do sobrepeso e da obesidade no Brasil e no mundo, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações e estratégias visando o enfrentamento do cenário epidemiológico que se configura no Brasil. O aumento da população com agravos não transmissíveis ressalta a necessidade de os serviços de saúde organizarem o cuidado em rede, configurando 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).

A obesidade envolve uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento-sociedade e essas inter-relações influenciam nas condições para a promoção da 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%).

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

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

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%.

A 47 111

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

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 230.446 (duzentos e trinta mil, quatrocentos e quarenta e seis mil) 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	34.34.18	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.

Ressalta-se ainda que o período de 2020 a 2021 refere-se a um momento caracterizado pela crise sanitária mundial, causada pela pandemia do novo coronavírus. Esse cenário teve forte impacto na vida profissional, nas condições de saúde, habitação e, inevitavelmente, no estado nutricional dos brasileiros com o aumento do excesso de peso.

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).

Nos casos identificados com sobrepeso e obesidade recomenda-se que a avaliação do estado nutricional e marcadores de consumo alimentar seja realizada a cada consulta, de forma a possibilitar o monitoramento e definição de condutas 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.

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.

Todos os usuários, independente da classificação de IMC descrita acima, deverão se beneficiar de medidas de promoção da saúde, prevenção e atenção à

obesidade ofertadas pela APS, devendo ser acompanhados e monitorados.

9. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O estado de Rondônia é localizado na Região Norte do Brasil, na Amazônia Ocidental, entre as coordenadas 7°58' e 13°43' de latitude Sul e 59°50' e 66°48' de longitude Oeste de Greenwich. Limita-se 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.

Apresenta área territorial de 237.754,172 km², correspondendo a 6,19% da Região Norte e a 2,79% do território nacional (IBGE,2022). O clima predominante é equatorial quente e úmido, com temperatura variando de 18° a 33°. A estação chuvosa vai de outubro a março e o período de seca, começa entre abril e maio estendendo-se até setembro.

A população é de 1.581.196 (um milhão quinhentos e oitenta e um mil cento e noventa e seis) habitantes e uma densidade demográfica de 6.65 hab./km². O Estado possui a décima terceira maior área territorial e o vigésimo terceiro contingente populacional dentre os estados do Brasil (IBGE,2022), distribuída em 52 municípios.

10. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O processo de consolidação da nova conformação das regiões de saúde no estado ocorreu à luz do decreto presidencial Nº 7.508/2011, nos anos de 2012 e 2013 e redesenhou as novas Regiões de Saúde do Estado de Rondônia.

Figura 1 – Mapa de saúde do estado de Rondônia.

Rondônia (RO) empenha-se na estruturação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e suas respectivas linhas de cuidado. A LCSO envolve pontos de atenção em todos os níveis de complexidade com propósito de reduzir a incidência de novos casos de sobrepeso e obesidade, assim como promover o cuidado integral e o tratamento dos indivíduos nessas condições, com ou sem 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, temos 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; 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 propostas refletem um compromisso em abordar holisticamente a problemática da obesidade na região macro II, contribuindo para a promoção da

saúde e a prevenção de doenças associadas." A implementação delas não apenas suprirá uma demanda crucial de saúde na região, mas também reforçará os esforços para prevenir e tratar a obesidade, melhorando significativamente a qualidade de vida da população atendida pela unidade hospitalar e ambulatorial.

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 resolutiva 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.

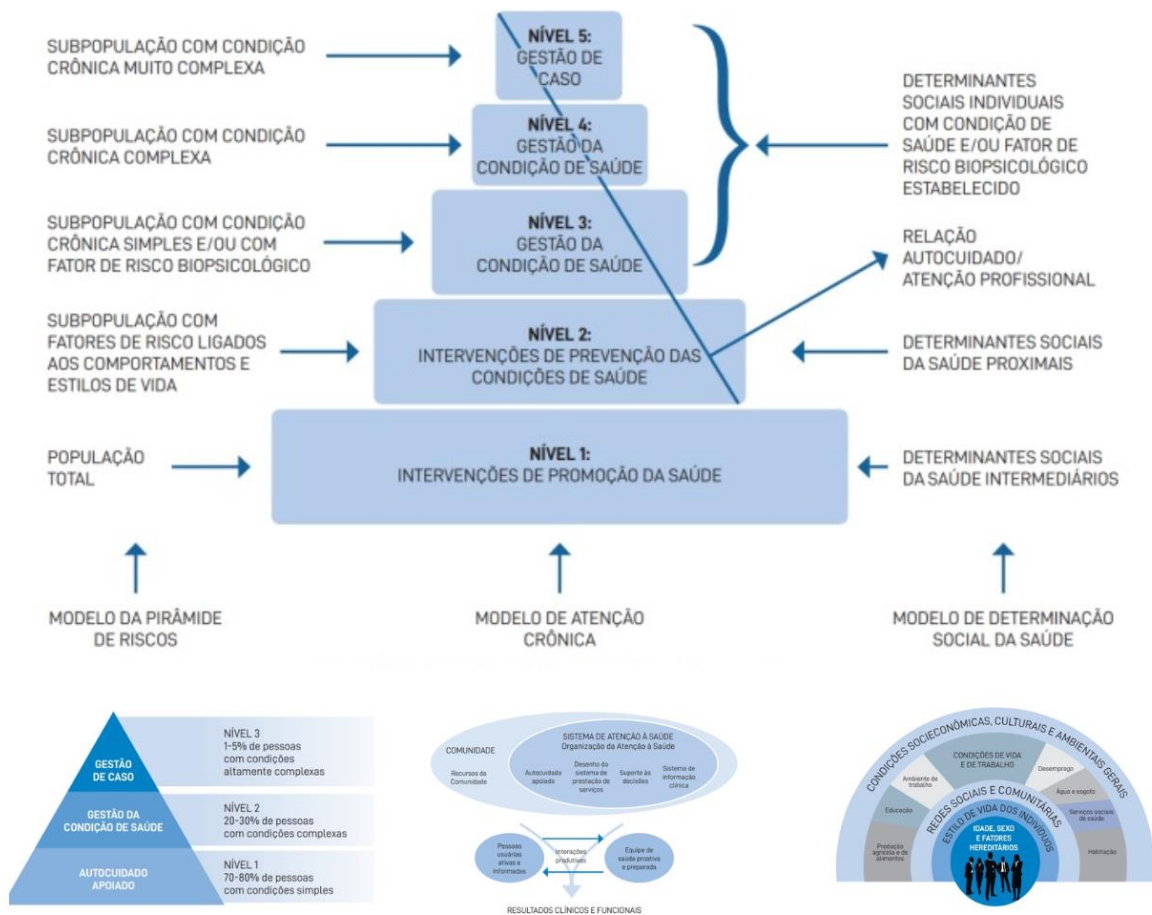
Elementos	Ações relacionadas
Organização da atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS deve coordenar o cuidado e compartilhá-lo com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) da RAS, conforme a necessidade do usuário; ▪ Monitorar pessoas com sobrepeso e obesidade 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 3 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade.



Fonte: Adaptado pelos autores.

- 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;

- **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.

Nos casos identificados com sobrepeso e obesidade recomenda-se que a avaliação do estado nutricional e marcadores de consumo alimentar seja realizada a cada consulta, de forma a possibilitar o monitoramento e definição de condutas durante o tratamento.

12. Competências dos Pontos de Atenção da RAS

A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade deve ser realizado pela APS, cumprindo o seu papel de ordenadora do cuidado, que atuará de forma integrada e articulada com os demais pontos de atenção.

A APS compartilha com a AAE o cuidado de pessoas com condições de saúde mais complexas, que demandem 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)

Realiza intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, com qualidade e resolubilidade, por meio de ações de promoção de 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):

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.

Tipo de Equipe	ESF Convencional	Esf ribeirinhas	EAP	ESB	Prisional	Consultorio de Rua	total
Quant	416	7	19	139	7	1	589

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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_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;

● 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](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, 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
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

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

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;

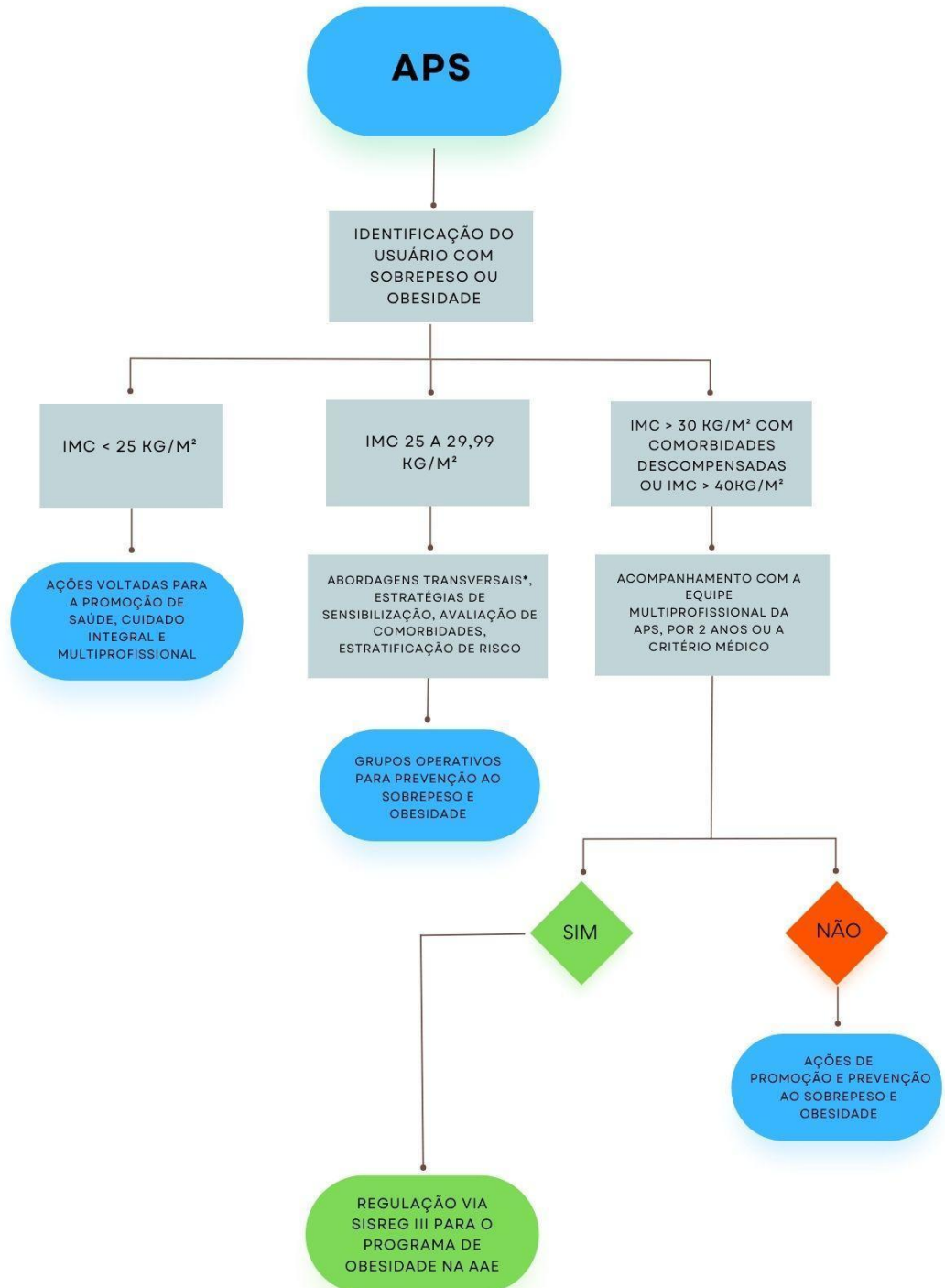
13.12 FERRO: Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Capítulo IV - da alimentação e nutrição Seção I - Do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação 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.

Figura 4



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)

Composta por ações e serviços cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica, e deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, para assegurar a relação custo/benefício e a qualidade da atenção a ser prestada, sendo a APS a ordenadora da demanda compartilhada 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 $30\text{kg}/\text{m}^2$ com comorbidades, e aos indivíduos com IMC $40\text{kg}/\text{m}^2$, 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.

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

- 1) IMC $> 30\text{kg}/\text{m}^2$ com comorbidades;**

2) IMC 40 kg/m² quando esgotados as possibilidades terapêuticas.

FLUXOGRAMA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

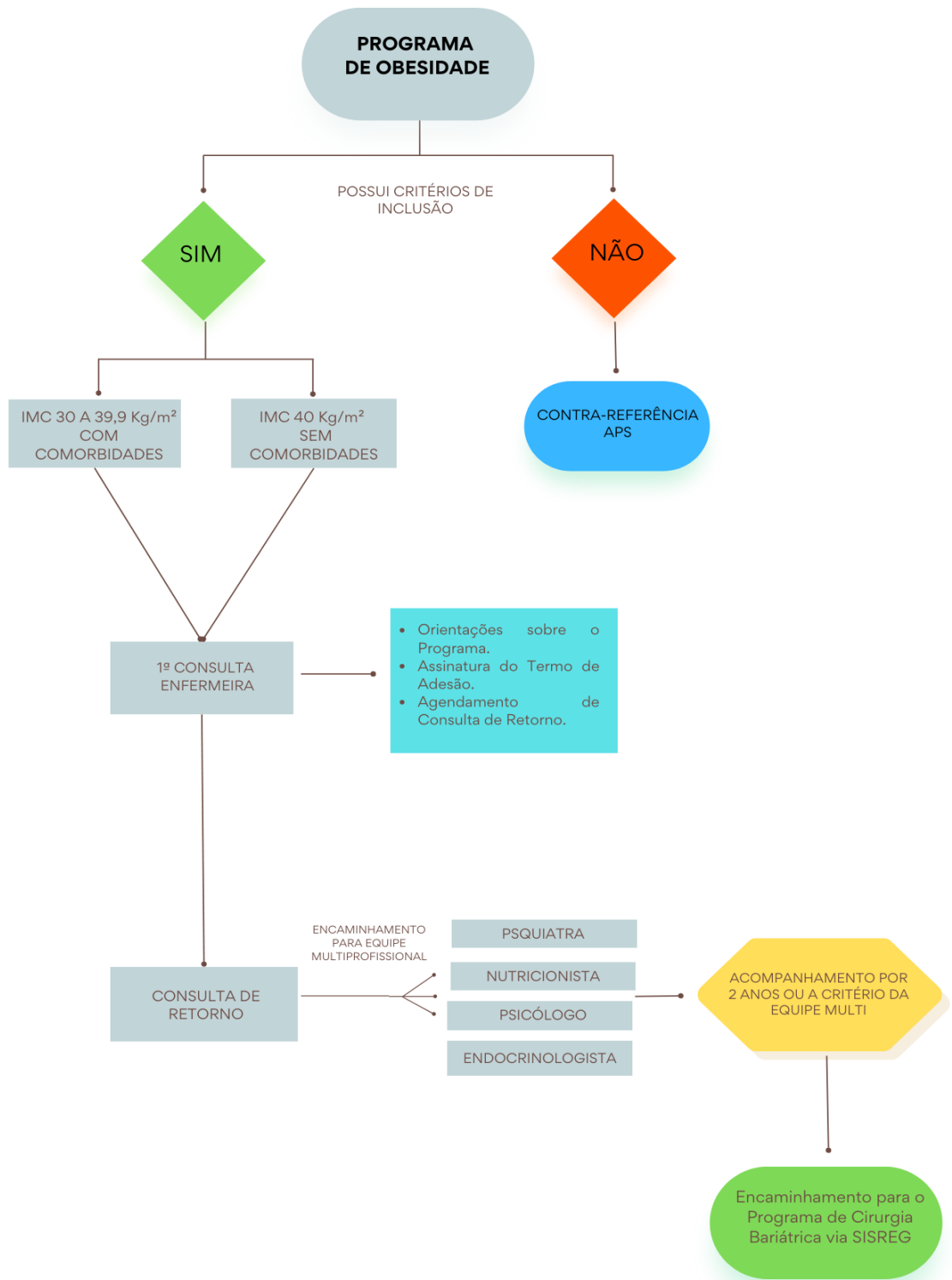


Figura 5

15. Atenção Hospitalar (AH)

Oferece tratamentos especializados de alta densidade tecnológica, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas complexas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, 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).

O Brasil conta atualmente com 7.700 hospitais, em 5.568 municípios brasileiros. Destes, apenas 98 serviços realizam a cirurgia bariátrica e metabólica. Atualmente Amazonas, Rondônia, Roraima e Amapá não possuem serviços habilitados no SUS para bariátrica. Como já mencionado, o estado de Rondônia possui 1 (uma) unidade hospitalar em fase de organização para habilitação do serviço de cirurgia bariátrica.

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:

- a) Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 Kg/m²;
- b) Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 Kg/m², 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;

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

- c) Indivíduos com IMC > 35 kg/m² 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 a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o 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-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 Contra indicações para Cirurgia Bariátrica:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. 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;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciam a relação risco-benefício;
- d. 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;
- e. 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 contraindicação 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.

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

	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.

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,
- dosagem de colesterol LDL,
- dosagem de colesterol LDL,
- dosagem de colesterol total.

15.7 Indicações para cirurgia plástica reparadora:

As indicações estão em conformidade com a Portaria MS/GM nº 424/2013 – Indicação para Cirurgia Plástica Reparadora.

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

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

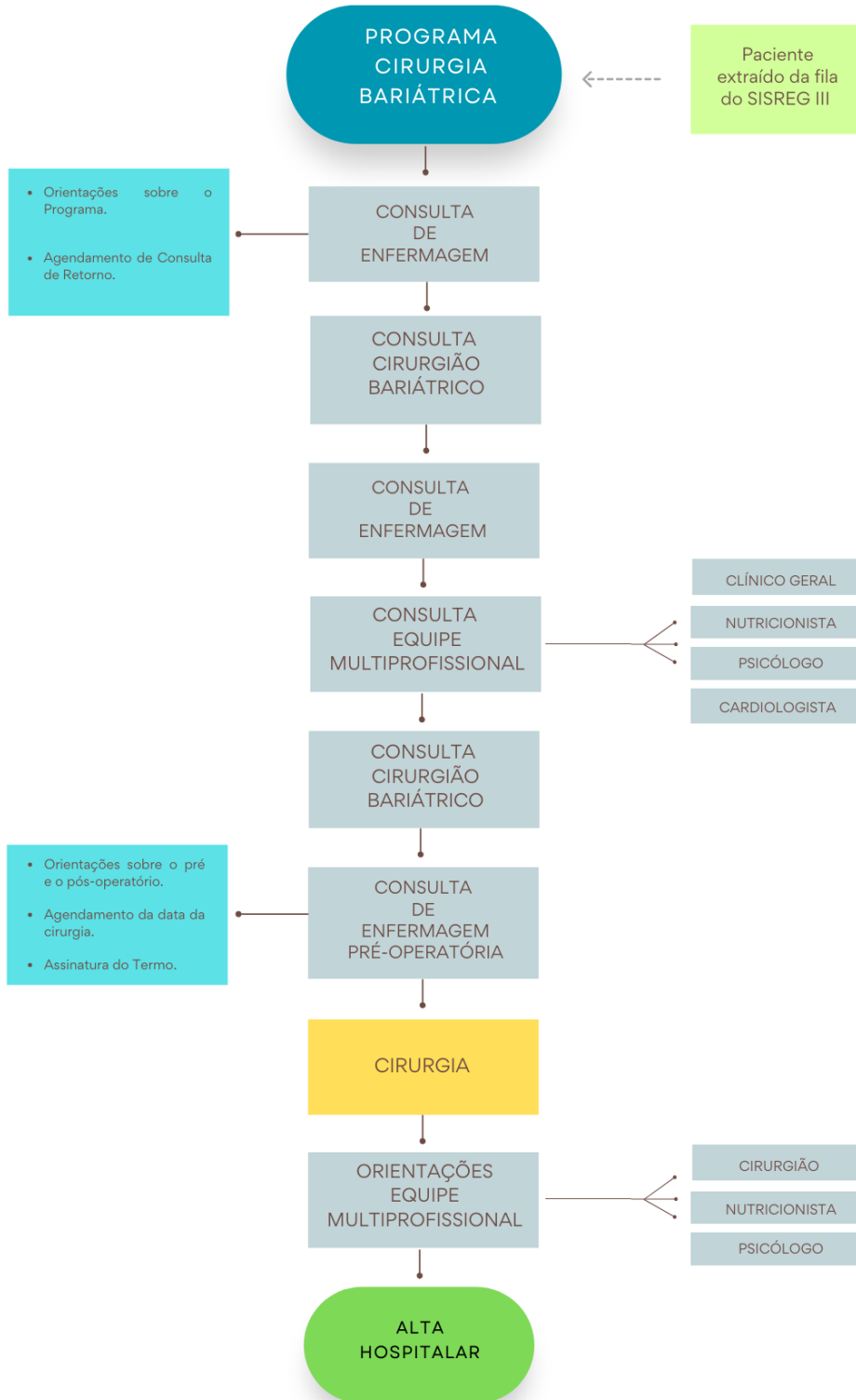
Contraindicação da cirurgia plástica reparadora:

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

Figura 6 Fluxograma Cirurgia Bariátrica

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

FLUXOGRAMA CIRURGIA BARIÁTRICA



OBS: APÓS ALTA HOSPITALAR AS CONSULTAS DE RETORNO 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. PRINCÍPIOS DO CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE

- O tratamento da obesidade requer metas viáveis, realistas, respeitando os limites individuais. Estabelecer metas inalcançáveis desmotiva o indivíduo e pode impactar na não sustentabilidade do tratamento;
- As estratégias propostas devem ser sustentáveis, que possam ser incorporadas durante toda a vida. Estratégias de curto prazo com foco na maximização da perda de peso não são saudáveis, não permitem manutenção a longo prazo e, em geral, estão associadas a altas taxas de recuperação de peso;
- O excesso de peso pode ser resultado de redução na taxa metabólica, alimentação excessiva ou baixos níveis de atividade física secundários a fatores econômicos, sociais, biológicos, culturais ou psicológicos. O tratamento da obesidade perpassa, necessariamente, pela identificação e abordagem desses fatores contributivos e das barreiras para o seu manejo;
- O tratamento não deve focar somente na quantidade de peso perdido, mas principalmente em melhorias na saúde e qualidade de vida. Um tratamento bem sucedido pode ser definido como melhora na autoestima, níveis mais elevados de energia e disposição, melhora das comorbidades e da saúde geral.

Mesmo reduções modestas no peso corporal (5%) podem levar a melhorias significativas na saúde e bem-estar. O “melhor” peso do indivíduo nunca pode ser

um peso considerado “ideal”.

18. 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 possibilitam acompanhar o andamento bem como medir o cumprimento dos objetivos de uma política ou programa. Eles se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente e, ainda, indicam os dados que devem ser coletados para que se possa acompanhar a implementação e a avaliação sobre a obtenção ou não dos resultados esperados. Embora os indicadores disponíveis nem sempre representem fidedignamente a situação a ser acompanhada, entende-se que são uma aproximação ao fenômeno discutido (BRASIL; IPEA, 2018) e facilitam a avaliação de atividades e programas. Para monitoramento da atenção ofertada aos indivíduos com obesidade, sugere-se o acompanhamento dos seguintes indicadores:

19. INDICADORES DA LINHA DE CUIDADOS À PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE

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

**SUBDIRETORIA TÉCNICA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS
NÚCLEO DE 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.	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)	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)	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		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	(SIH) – procedimentos 04.07.01.012-2; – gastrectomia com e sem desvio		HB

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

	entre 16 e 65 anos no mesmo local e período x 1.000	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 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)		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.		HB

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

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

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 SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020, Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos**. Brasília, 2020.

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://bvsmms.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.

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.

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://bvsmis.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/baixar-o-nosso-guia-pratico-exercicio-fisico-e-obesidade/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Manifesto Obesidade: Cuidar de Todas as Formas**. [S. l.], 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. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo I - Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.: Capítulo II - das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas**, Brasília, 28 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado: Obesidade no Adulto**. [S. l.], 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. l.], 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. l.], 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>