



SESA ES - SECRETARIA
DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO

Linha de Cuidado

Sobrepeso e Obesidade no Adulto



Linhas de Cuidado



Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde

Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no Adulto

Vitória – ES

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E77I Espírito Santo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde.
Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no adulto / Secretaria de Estado da Saúde
– Vitória : [s.n.], 2023.
94 p.:il.

Apresenta a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), com objetivo de descrever os fluxos assistenciais e a regionalização dos serviços no Estado do Espírito Santo. Equipe de elaboração – vários autores: Raiany Boldrini Christe Jalles, Camila Spanol, Jozzilene Teodoro de Jesus e Brígida Dias Fernandes.

1. Sobrepeso e obesidade. 2.Linha de cuidado. 3. Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. 4.Saúde Pública. I. Título. II. SESA-ES.

CDD:613

CDU:612.3

Elaborado por Marcelo do Amaral Schiffler - Bibliotecário - CRB6:726/O

Projeto gráfico e diagramação: Belchior Puziol Amaral

Governador do Estado do Espírito Santo

José Renato Casagrande

Secretário de Saúde do Estado do Espírito Santo

Miguel Paulo Duarte Neto

Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde

José Tadeu Marino

Gerente de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde

Daysi Koehler Behning

Chefe do Núcleo Especial de Atenção Primária à Saúde

Maria Angélica Callegario Vieira

Chefe do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde

Márcia Portugal Siqueira

Autores

Raiany Boldrini Christe Jalles

Nutricionista – referência técnica da Atenção Primária à Saúde

Camila Spagnol

Médica Endocrinologista – referência técnica da Rede de Atenção à Saúde das
Pessoas com Doenças Crônicas

Joszilene Teodoro de Jesus

Enfermeira – referência técnica da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas
com Doenças Crônicas

Brígida Dias Fernandes

Farmacêutica – apoiadora institucional do Instituto Capixaba de Ensino,
Pesquisa e Inovação - ICEPi

Colaboradores(as)

Marina Lima Daleprane Bernardi

Érika Saiter Garrocho

Bernardete Delurdes Guerra Mattos

Cristiara Ferreira Lima Amite

Mayara Sarder Santana

Renato Luiz Carpenedo

Lista de siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AEA - Atenção Especializada Ambulatorial
AEH - Atenção Especializada Hospitalar
APS - Atenção Primária a Saúde
CBO - Código Brasileiro de Ocupação
CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CDS - Coleta de Dados Simplificado
CEFT - Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CNS - Cartão Nacional de Saúde
Conitec - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável
DUM - Data da Última Menstruação
EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ES - Espírito Santo
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HECI - Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim
HEVV - Hospital Evangélico de Vila Velha
HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Identificador Nacional de Equipes
IAN - Insegurança Alimentar e Nutricional
LCSO - Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
MS - Ministério da Saúde
NIR - Núcleos Internos de Regulação
NRE - Núcleo Regional de Especialidades
OMS - Organização Mundial de Saúde
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGASS - Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAE - Programa Nacional de Alimentação do Escolar
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PPI - Programação Pactuada Integrada
PROTEJA - Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PSE - Programa Saúde na Escola
RAVS - Rede de Atenção e Vigilância em Saúde
REMEME - Relação Estadual de Medicamentos
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS - Sistema Único de Saúde
US - Unidade de Saúde

UNACON - Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

Lista de quadros

Quadro 1. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade, por ciclo de vida e por região de saúde, ES, 2021.....	3
Quadro 2. Prevalência de Sobrepeso, Obesidade e Excesso de Peso em todas as faixas etárias da população atendida na APS no ES, série histórica de 2017 a 2021.	5
Quadro 3. Pontos de corte de IMC para idade para crianças menores de 5 anos.	11
Quadro 4. Pontos de corte de IMC para idade para crianças dos 5 aos 10 anos.	11
Quadro 5. Pontos de corte de IMC para idade estabelecidos para adolescentes.	12
Quadro 6. Pontos de corte de IMC estabelecidos para adultos.....	13
Quadro 7. Pontos de corte de IMC estabelecidos para idosos.....	13

Lista de figuras

Figura 1. Regiões de Saúde - Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Fonte: Espírito Santo, 2020.....	8
Figura 2. Compartilhamento do cuidado entre APS e Atenção Especializada na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.....	30
Figura 3. Referências Hospitalares da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade Adulto para os municípios do Espírito Santo.	34
Figura 4. Alta Complexidade Hospitalar na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.....	37
Figura 5. Cirurgia Plástica Reparadora na Linha de Cuidado de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.....	39
Figura 6. Fluxograma de Acesso Autorregulação Formativa Territorial. Fonte: SESA/ES, 2021.....	Erro! Indicador não definido.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO GERAL	6
3. PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	7
3.1. Atenção Primária a Saúde	9
3.2. Atenção Especializada Ambulatorial	31
3.3. Atenção Especializada Hospitalar	33
3.4. Atenção em Urgências e Emergências	40
4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	41
5. SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS	43
5.1. Acesso regulado	44
5.2. Assistência Farmacêutica	46
5.3. Transporte Sanitário	50
6. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL E A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	51
6.1. Agricultura	53
6.2. Assistência Social	55
6.3. Educação	57
REFERÊNCIAS	59
ANEXO I	68
ANEXO II	74
ANEXO III	76

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como o aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (WHO, 2000).

A mudança no perfil nutricional da população, caracterizada pelo declínio da desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade, é denominada transição nutricional. Esse processo implica em modificações sequenciais no padrão nutricional e de consumo, e ocorre concomitante a mudanças econômicas, sociais e demográficas e a mudanças no perfil de saúde das populações. Essas variações compõem o fenômeno da urbanização e modernização, e impactam significativamente na redução dos níveis de atividade física (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Dessa forma, o fenômeno da transição nutricional vem acompanhando a transição epidemiológica e demográfica da população, culminando no aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) observada atualmente no Brasil (SCHRAMM et al., 2004).

A obesidade integra o grupo de DCNT e vem convertendo-se em um grave problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). No Brasil, as DCNT crescem expressivamente, e são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), sendo a obesidade um importante fator de risco para a ocorrência dessas doenças (BRASIL, 2011a).

Ainda, as doenças crônicas produzem impacto econômico forte e direto nos sistemas de saúde (TROGDON, et al., 2007). 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).

Nessa perspectiva, a prevenção, o diagnóstico precoce e o cuidado do sobrepeso e da obesidade constituem demandas desafiadoras para os gestores do SUS e todos os atores envolvidos na atenção à saúde.

Caracterização epidemiológica do sobrepeso e obesidade no Espírito Santo (ES)

As informações sobre estado nutricional e marcadores de consumo alimentar da população atendida na APS estão disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). A plataforma mantém relatórios que podem ser acessados a partir do registro de medidas das dimensões físicas da pessoa (dados antropométricos) e dos marcadores de consumo no e-SUS APS, Sistema de Gestão Federal do Programa Auxílio Brasil, além do próprio Sisvan.

Assim, é possível estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade, por faixa etária e região de saúde do ES (Quadro 1). Destaca-se que a análise dos dados provenientes dessa fonte deve ser parcimoniosa, haja vista que o sistema de informação possui cobertura limitada e a maior parte dos dados são provenientes de acompanhamento dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil, portanto, sua amostra populacional está sujeita a viés.

Quadro 1. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade, por ciclo de vida e por região de saúde, ES, 2017 a 2021.

Região de Saúde	Ciclo de Vida	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)								
		2017		2018		2019		2020		2021	
Central Norte	Criança < 5 anos	8,0	8,2	8,2	5,7	7,2	6,4	8,0	8,2	8,3	6,4
	Criança 5 a < 10 anos	17,4	16,7	15,7	12,6	14,0	12,5	17,4	16,7	17,3	20,5
	Adolescente	21,7	12,6	18,9	9,7	18,6	10,4	21,7	12,6	21	13,5
	Adulto	33,4	33,7	32,8	31,3	32,2	31,8	33,4	33,7	32,9	34,9
	Gestante	27,7	24,1	29,7	22,4	26,1	23,5	27,7	24,1	28,2	25
	Idoso	51,1	-	53,1	-	52,7	-	51,1	-	53	-
	Geral Central Norte	25,2	20,1	24,0	18,2	21,9	17,2	25,2	20,1	19	15,6
Metropolitana	Criança < 5 anos	7,8	5,3	8,0	5,1	6,3	4,8	7,8	5,3	8,3	5,1
	Criança 5 a < 10 anos	15,9	22,2	16,3	11,5	14,9	11,8	15,9	22,2	17	18
	Adolescente	19,7	13,7	19,6	10,5	19,2	11,1	19,7	13,7	19,6	16,2
	Adulto	32,2	36,5	33,1	31,7	32,7	33,5	32,2	36,5	30,5	42
	Gestante	27,7	23,4	25,6	21,5	25,3	22,3	27,7	23,4	28,1	23,6

	Idoso	56,2	-	55,0	-	54,3	-	56,2	-	56	-
	Geral Metropolitana	25,5	21,0	26,3	18,3	25,0	18,0	25,5	21,0	26,9	21,7
Sul	Criança < 5 anos	9,1	8,2	9,0	6,2	8,0	6,6	9,1	8,2	9,1	8,7
	Criança 5 a < 10 anos	16,8	18,3	16,8	13,8	15,6	14,2	16,8	18,3	17,3	20,1
	Adolescente	20,8	14,3	19,4	10,3	20,1	11,0	20,8	14,3	21,9	15
	Adulto	33,0	35,5	33,2	31,7	33,5	31,8	33,0	35,5	32,9	37,3
	Gestante	27,0	27,0	27,1	25,5	26,4	23,2	27,0	27,0	29,1	25,3
	Idoso	55,2	-	53,6	-	54,0	-	55,2	-	56	-
	Geral Sul	28,3	21,4	26,3	18,8	26,5	18,2	28,3	21,4	36,9	15,4
ES	26,1	20,9	25,6	18,4	24,5	17,8	26,1	20,9	27,1	18,1	

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório Público de Estado Nutricional, IMC por idade. Acesso em 07 de Janeiro de 2022.

Os dados demonstram que o excesso de peso, nas do sobrepeso e obesidade, é presente em todas as três regiões de saúde do Estado e em todas as faixas etárias.

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.

No Quadro 2 é possível visualizar o montante do excesso de peso - somatório da população com sobrepeso e com obesidade - em todas as faixas etárias da população atendida na Atenção Primária a Saúde (APS). Observa-se que de 2019 a 2021 houve um aumento de 2,9% da prevalência de excesso de peso na população.

Quadro 2. Prevalência de Sobrepeso, Obesidade e Excesso de Peso em todas as faixas etárias da população atendida na APS no ES, série histórica de 2017 a 2021.

Prevalência de Sobrepeso e Obesidade na população do ES					
Estado Nutricional	2017	2018	2019	2020	2021
Sobrepeso	26,10%	25,60%	24,50%	26,10%	27,10%
Obesidade	20,90%	18,40%	17,80%	20,90%	18,10%
Excesso de peso	47,00%	44,00%	42,30%	47,00%	45,20%

Fonte: Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Público de Estado Nutricional, IMC por idade. Acesso em 07 de Janeiro de 2022.

2. 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, considerando a APS como porta de entrada principal, ordenadora e coordenadora do cuidado à Atenção Especializada, bem como os indicadores de monitoramento e as ações esperadas em cada ponto de atenção da rede na prevenção e no tratamento do sobrepeso e obesidade.

3. PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Espírito Santo (ES) 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 conta, atualmente, com três unidades hospitalares de referência para realização de cirurgia bariátrica, habilitadas pelo Ministério da Saúde.

A pactuação e a consolidação da LCSO pretende estabelecer fluxos de referência e contrarreferência para assistir aos usuários com sobrepeso e obesidade no SUS, através de um modelo que considera a regionalização dos pontos de atenção (Figura 1) e incorpora o princípio da integralidade do cuidado.

A construção da linha de cuidado proposta está baseada na legislação vigente, bem como nas diretrizes estabelecidas pelo Plano Decenal Estadual de Atenção Primária (Plano SUS APS + 10) (ESPÍRITO SANTO, 2021a). Esta orienta a certificação da estrutura de serviços já existentes nos municípios, considerando a APS, a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e a Rede de Urgência e Emergência.

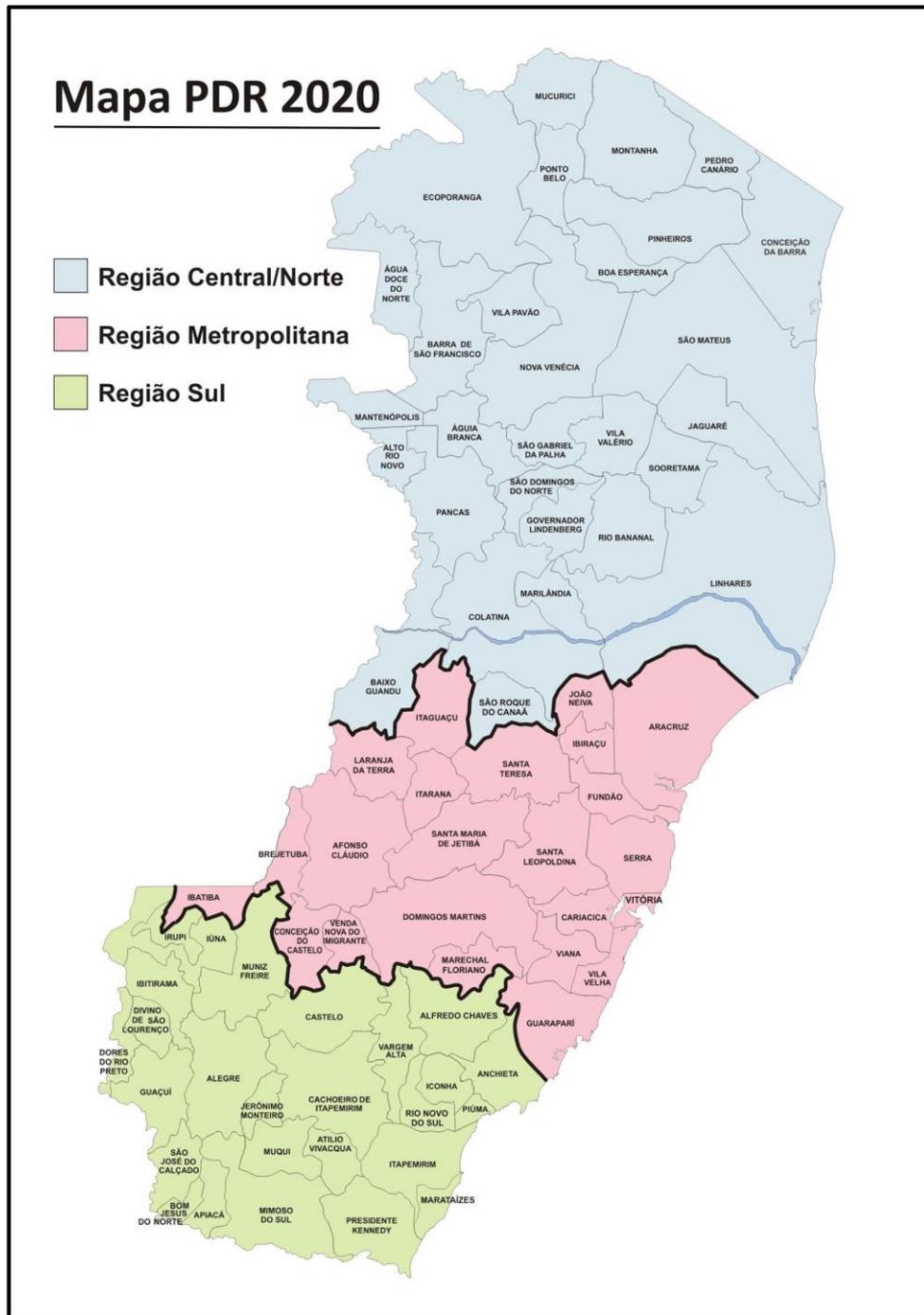


Figura 1. Regiões de Saúde - Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Fonte: Espírito Santo, 2020.

3.1. Atenção Primária a Saúde

A estratégia do ES para reorganização do modelo assistencial defende uma APS resolutive em 80% das situações em saúde que acometem à população, sendo a porta de entrada preferencial para os usuários e ordenadora de um sistema que efetive uma integração entre os diversos pontos de atenção da rede, oferecendo assistência integral e contínua em saúde. (MENDES, 2011).

Assim, no ES, a atuação da APS na LCSO deve ser guiada pelo Plano SUS APS +10, baseando-se, dentre outras diretrizes, na integração plena com a vigilância em saúde, na integração com os mecanismos regulatórios a fim de promover um itinerário terapêutico adequado em todos os níveis de atenção, e na apropriação de cuidado clínico centrado na pessoa e na comunidade, evitando danos decorrentes de intervenções em saúde, como excesso de medicação ou cirurgias desnecessárias (ESPÍRITO SANTO, 2021a).

Dessa forma, a partir da territorialização e do cadastramento dos usuários, a APS assume importante papel proativo na vigilância alimentar e nutricional da população capixaba, bem como na prevenção e no diagnóstico precoce do sobrepeso e da obesidade (BRASIL, 2017b).

No que trata a LCSO a APS deve se responsabilizar pelas ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade, além da vigilância alimentar e nutricional da população e assistência terapêutica multiprofissional (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, os usuários portadores de sobrepeso e obesidade devem ser acompanhados por, no mínimo, 2 anos na APS, com registro em prontuário de todas as intervenções desenvolvidas com o usuário. Ainda, pode-se compartilhar as intervenções com a atenção especializada quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS (BRASIL, 2013a).

Destaca-se como competências e ações da APS a serem desenvolvidas na presente linha de cuidado do sobrepeso e obesidade:

I. Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita, com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade:

A vigilância alimentar e nutricional refere-se ao monitoramento do consumo alimentar e dos índices antropométricos de uma população, com vistas a caracterizar o estado nutricional no território, bem como possibilitar intervenções mais efetivas quando associadas à análise das áreas geográficas, segmentos sociais e grupos biológicos de maior risco, reconhecendo os principais fatores determinantes das condições de adoecimento (BRASIL, 2015a).

Neste sentido, é essencial identificar os usuários com sobrepeso e obesidade no território, por meio da avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de todos que entram em contato com o serviço, como por meio da demanda espontânea, consultas programáticas, busca ativa e acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxílio Brasil e atividades coletivas.

Diversos profissionais da equipe de APS e Estratégia de Saúde da Família (ESF) estão aptos a identificar usuários com excesso de peso, tais como Enfermeiro, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Médico, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e outros profissionais; entretanto, atenta-se a importância de qualificação prévia (BRASIL, 2021a).

Para o rastreamento e estratificação de risco do excesso de peso utilizam-se os indicadores e pontos de corte para as diferentes fases do curso da vida, segundo critérios adotados pelo Ministério da Saúde (MS) e disponibilizados na Norma Técnica do SISVAN (BRASIL, 2011b), descritos a seguir:

Crianças (0 a 10 anos): A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança requer uma atenção especial dos profissionais de saúde para detecção precoce de problemas relacionados ao seu crescimento. Para avaliação do excesso de peso em crianças menores de cinco (5) anos recomenda-se o uso do indicador de Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade (Quadro 3 e 4).

Quadro 3. Pontos de corte de IMC para idade para crianças menores de 5 anos.

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e ≤ Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: BRASIL, 2011b.

Quadro 4. Pontos de corte de IMC para idade para crianças dos 5 aos 10 anos.

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	> Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade

> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave
------------------	---------------	-----------------

Fonte: BRASIL, 2011b.

Adolescente (≥ 10 anos e < 20 anos de idade): Para avaliação dos distúrbios nutricionais de adolescentes, recomenda-se a análise do IMC por idade, bem como a adoção da referência proposta pela OMS (WHO, 2007) (Quadro 5).

Quadro 5. Pontos de corte de IMC para idade estabelecidos para adolescentes.

Valores Críticos		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
\geq Percentil 0,1 e < Percentil 3	\geq Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e < Percentil 85	\geq Escore-z -2 e \leq Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e \leq Percentil 97	\geq Escore-z +1 e \leq Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e \leq Percentil 99,9	\geq Escore-z +2 e \leq Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: BRASIL, 2011b.

Adultos (≥ 20 anos e < 60 anos de idade): A avaliação nutricional de adultos utiliza-se o indicador IMC sem a informação da idade (Quadro 6).

Quadro 6. Pontos de corte de IMC estabelecidos para adultos.

IMC (kg/m ²)	Diagnóstico Nutricional
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25	Excesso de Peso
≥25 e <30	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011b.

Idosos (≥ 60 anos de idade): A análise dessa população possui alterações fisiológicas peculiares, e por isso utiliza pontos de corte diferentes dos utilizados na população adulta (Quadro 7).

Quadro 7. Pontos de corte de IMC estabelecidos para idosos.

IMC (kg/m ²)	Diagnóstico Nutricional
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥27	Sobrepeso

Fonte: BRASIL, 2011b.

O registro dos dados de peso, altura e marcadores de consumo alimentar permite a atuação imediata das equipes, a organização do processo de trabalho para dar seguimento aos casos que necessitam de apoio ou cuidado e a análise da situação de saúde, alimentação e nutrição de forma coletiva. Além disso, o

registro possibilita a melhoria da qualidade da intervenção, bem como a identificação de necessidades e de prioridades no território (BRASIL, 2015b).

A avaliação do consumo alimentar e a avaliação antropométrica devem integrar os protocolos de atendimentos individuais e coletivos das equipes de APS, bem como seguir com os registros adequados nos sistemas de informações vigentes. Para registrar informações do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar de indivíduos acompanhados na APS por meio a Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS deve-se preencher as fichas com as seguintes informações (BRASIL, 2015b):

a) Ficha de Atendimento Individual:

- Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional; Código Brasileiro de Ocupação (CBO); Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES); Identificador Nacional de Equipes (INE); data do atendimento.
- CNS ou Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do cidadão; data de nascimento, Sexo, Local de Atendimento; Peso (Kg); Altura (cm); e Data da Última Menstruação (DUM) / Dia/Mês e Ano, se for gestante.

b) Ficha de Atividade Coletiva:

- CNS do profissional responsável, CBO, CNES, INE, data do atendimento.
- CNS ou CPF do cidadão, Data de nascimento, sexo, Peso (Kg), Altura (cm).

Cabe destacar que, no preenchimento desta ficha é imprescindível a marcação da Atividade “Avaliação/procedimento coletivo” e, dentre as Práticas em Saúde, a opção “Antropometria”.

c) Ficha de Visita Domiciliar e Territorial:

- CNS do profissional, CBO, CNES, INE, data do atendimento.
- CNS ou CPF do cidadão, Peso (Kg), Altura (cm).

d) Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar: todos os campos da ficha devem ser preenchidos de acordo com a idade do avaliado.

Para maiores informações sugerimos consultas a publicação “Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica” (MS, 2015).

Profissionais atuantes na APS - médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários, odontólogos, profissionais de equipe multiprofissional, dentre outros - devem incorporar em sua rotina a avaliação do consumo alimentar e do estado nutricional dos indivíduos em assistência, e realizar a busca ativa dos usuários com hábitos alimentares inadequados e/ou com desvio de seu estado nutricional, a fim de acolhê-los e direcioná-los às ações de alimentação adequada e saudável, atividades corporais, orientações para autocuidado, assistência multiprofissional da equipe (BRASIL, 2021a).

II. Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade, de forma intersetorial e com participação popular, com respeito aos hábitos e cultura locais, e ênfase em ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física

A APS é o espaço privilegiado para o desenvolvimento de estratégias preventivas precoces que proponham uma abordagem nutricional que garanta nutrição adequada durante a vida intrauterina, infância e adolescência, e contribua para prevenção de DCNT no adulto. Junto ao trabalho de orientação nutricional faz-se fundamental o incentivo a práticas regulares da atividade física, e a viabilização de espaços públicos seguros para incorporação dessas práticas no cotidiano dos sujeitos (TEIXEIRA, 2014).

Uma das ferramentas recomendadas para a prática de ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso é a Abordagem Coletiva, estratégia inserida na rotina nas atividades dos profissionais das equipes da APS, considerada efetiva no controle da obesidade. Essa abordagem pode ser conduzida por profissionais de nível superior integrantes da equipe de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, e deve propiciar a participação dos demais profissionais da equipe de APS, tais como: Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo,

Médico, Profissional de Educação Física, Técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, entre outros (BRASIL, 2021b).

As abordagens coletivas podem ser intercaladas às consultas individuais, o que facilita o enfoque em temas comuns aos usuários submetidos ao acompanhamento e tratamento do sobrepeso e da obesidade. Cabe destacar que as atividades coletivas, ainda que benéficas, não devem ser condicionantes para o cuidado e tratamento individual. Importante registrar a abordagem coletiva na ficha de atividades coletivas do e-SUS-AB ou sistema de informação correspondente (BRASIL, 2021b).

Ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso devem incentivar a participação da comunidade e destacar a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. Neste sentido, deve-se planejar ações nos diversos pontos de produção do cuidado, como unidades de saúde, escolas, creches, polo da Academia da Saúde ou similares, instituições religiosas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), associações de moradores, entre outros.

A orientação alimentar deve estar consoante com as diretrizes para a promoção da alimentação adequada e saudável, enfatizar a cultura alimentar local nas distintas fases do curso da vida, e favorecer o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis (BRASIL, 2011c).

Desse modo, as estratégias de educação alimentar e nutricional devem contemplar os fatores que influenciam os modos de vida dos sujeitos, além de serem adequadas à sua realidade para que as proposições se efetivem em hábitos. Paralelo a esse processo deve-se envolver esses indivíduos em atividades corporais oferecidas na comunidade - caminhadas, atividades no espaço da Academia da Saúde ou programas similares - ou mesmo criar ocasiões de trabalho corporal para esses indivíduos. Para a concretização de todas essas possibilidades é importante utilizar os equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional contidos no território, tais como: feiras, restaurantes populares, bancos de alimentos, cozinhas comunitárias e Central de Abastecimento Municipal (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2021a).

Outras informações estão disponíveis no Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS - [caderno de atividades educativas](#).

Além disso, alguns recursos podem contribuir para as práticas de promoção da saúde, impactantes na prevenção e apoio no tratamento do excesso de peso na APS, como: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), Programa Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Crescer Saudável e Programa Proteja. Mais informações sobre esses programas estão disponíveis no anexo I.

III. Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável

A autonomia implica, necessariamente, na construção de maiores capacidades de análise e de corresponsabilidade pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente, e com a vida. Desta forma, o profissional de saúde deve lançar mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade, promovam a autonomia de escolhas no cotidiano, potencializem atitudes positivas diante da vida, e o exercício da cidadania (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, o autocuidado apoiado consiste em estratégias planejadas e desenvolvidas por usuários e profissionais de saúde, de diferentes pontos da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), a fim de promover o empoderamento, a autonomia e a corresponsabilização do usuário no seu cuidado à saúde (MENDES, 2012). A participação da família e da comunidade neste processo é primordial por reforçar o sistema de apoio social (Ex.: famílias, clubes, associações, grupos, organizações de ajuda mútua, entre outros), motivar o desenvolvimento de ações referentes à obesidade no território (Ex.: grupos de atividade física e de trocas de receitas; oficinas culinárias; hortas comunitárias; etc.) e fortalecer as capacidades individual e coletiva para enfrentar dificuldades e tomar decisões (BRASIL, 2014a).

Atuar sob a ótica do autocuidado apoiado requer o desprendimento profissional da figura prescritiva e a incorporação do papel de parceiro do usuário na tomada

de decisão. Nesta perspectiva, busca-se a superação do modelo de atenção centrada na doença e o fortalecimento da atenção centrada na pessoa e do trabalho em equipe. Para atuar nessa perspectiva, o profissional e sua equipe precisam avaliar a capacidade do usuário para o cuidado de si e evitar abordagens que impliquem nos seguintes desdobramentos (BRASIL, 2021b):

- a) Culpabilização, implícita ou explícita: Frequentemente os profissionais atribuem a condição obesa como uma escolha do usuário, atrelada à preguiça, falta de força de vontade e de autocontrole, e descuido da pessoa. Tal abordagem contribui para estigmatizar e culpabilizar esses indivíduos, contrapõe-se à postura acolhedora recomendada aos profissionais da APS e fragiliza o seu vínculo com os mesmos. Cabe destacar que a obesidade é uma doença multicausal e, portanto, a responsabilização da pessoa pela condição de obesa não é adequada. Nesse contexto, para construir uma abordagem efetiva e resolutiva com usuários obesos, eles precisam ser compreendidos a partir do meio em que vivem.
- b) Banalização da obesidade: Refere-se ao não reconhecimento da obesidade como doença e sério problema de saúde pública, da parte dos usuários e profissionais de saúde. Tal posicionamento pode repercutir em diagnóstico, acompanhamento e tratamento inadequados, assim como no direcionamento oportuno do usuário a serviços especializados e na descrença do tratamento atrelada à mudança do estilo de vida.
- c) Redução de peso como único resultado: Não é incomum o profissional de saúde e o usuário vincularem o êxito no tratamento da obesidade à redução de peso corporal. Essa tendência geral, frequentemente, frustração e falta de adesão ao tratamento, e para romper com esse ciclo vicioso de insucesso deve-se valorizar ganhos positivos com o tratamento clínico longitudinal do sobrepeso e obesidade - como melhora dos exames laboratoriais, maior disposição e bem-estar, redução de medidas corporais, entre outros. Resultados menos expressivos nos pacientes em tratamento, visual ou numericamente, devem ser valorizados, como a manutenção do peso ou pequenas reduções, pois refletem o esforço empreendido e mudança no estilo de vida.

O acolhimento dos usuários portadores de excesso de peso implica em uma relação humanizada, com atenção e disponibilidade dos profissionais para escutar e valorizar cada caso. Nessa lógica, viabiliza-se a construção de uma relação de confiança e fortalecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde, sendo um caminho promissor para a adesão ao tratamento (BRASIL, 2021a).

IV. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC \geq 25 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas

A Política Nacional de Atenção Básica propõe como equipe multiprofissional de Estratégia Saúde da Família a composição de médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Esta linha de cuidado propõe que os usuários com excesso de peso deverão receber cuidados de equipe multiprofissional da APS, de forma longitudinal, com foco no usuário em seu contexto familiar e comunitário, utilizando todos os recursos terapêuticos disponíveis no território (espaços de lazer e esporte, hortas comunitárias, atividades de Universidades, igrejas, entre outros), e com a característica de coordenar o cuidado para outros pontos de atenção da rede a fim de atender as necessidades integrais em saúde.

No entanto, quando observamos O PCDT, as portarias ministeriais para a organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade, observamos que a composição de equipe mínima de APS (descrita anteriormente) não é suficiente para abarcar todas as necessidades de cuidado em saúde dos usuários

portadores de excesso de peso, especialmente para aquelas estratificadas com Obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Os usuários com obesidade deverão ser acompanhados por, no mínimo, 2 anos na APS, com registro no prontuário de todas as intervenções realizadas, com equipe multiprofissional ampliada a saber: médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, e cirurgião dentista, entre outros profissionais conforme necessidade. O nome equipe multiprofissional ampliada se deve à incorporação de outras categorias profissionais que não estão determinada pelo Ministério da Saúde a atuarem na APS.

Recomenda-se a implantação de equipes multiprofissionais ampliadas na APS, com a incorporação de profissionais nutricionistas, psicólogos, entre outros, a fim de dar apoio aos profissionais das equipes mínimas (ESF), auxiliar no matriciamento e condução dos casos, prestar atendimento qualificado e humanizado, surge a proposta das equipes multiprofissionais ampliadas.

Entretanto, sempre que estes profissionais não estão disponibilizados na APS, o cuidado aos usuários deverá ser compartilhado com a atenção ambulatorial especializada, assim como quando identificada a necessidade de acompanhamento por outros profissionais, em virtude de comorbidades e necessidades individuais, devendo-se considerar a disponibilidade na rede, os fluxos assistenciais e a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Profissionais diversos como técnico e auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Educador Físico, Assistente Social e Fisioterapeuta podem contribuir no cuidado dos usuários em situação de excesso de peso corporal e devem ser integrados sempre que possível.

O acompanhamento deve contemplar abordagem/consultas individuais periódicas, bem como abordagens familiares, coletivas e transversais, garantindo apoio e avaliação periódica dos usuários. A equipe deverá definir plano de metas individuais e prescrição dietética para o usuário retornar ao IMC adequado (BRASIL, 2021c).

Entende-se que obtiveram sucesso no tratamento clínico longitudinal aqueles indivíduos que alcançaram redução de 5 a 10% do peso corporal e/ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento na APS (BRASIL, 2021a).

As ações de manejo individual são recomendadas conforme:

- [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos;](#)
- [Manual de Atenção às pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde \(APS\) do SUS;](#)
- [Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no SUS.](#)

Para maiores informações sobre a definição do plano terapêutico, estabelecimento de metas e autocuidado, baseado no estabelecimento de hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física, recomenda-se consulta ao [Caderno de Atenção Básica \(CAB\) 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade](#) e [CAB 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.](#)

O registro de problema/condição avaliada “obesidade” deve ser realizado na ficha de atendimento individual do e-SUS APS ou prontuário eletrônico ou sistema de informação correspondente.

a). [Atenção clínica e generalista](#)

O acompanhamento clínico e longitudinal por médico generalista nas Unidades de Saúde (US) ou nos domicílios é essencial para o sucesso do tratamento.

Para tal, considera-se as responsabilidades:

- Solicitar e avaliar exames complementares ao tratamento da obesidade;
- Tratar comorbidades e fatores de risco modificáveis associados à obesidade. Acordar meta de perda ponderal e avaliar modalidades de tratamento, tais como tratamento clínico longitudinal ou cirúrgico, quando indicado.

- Avaliar investigação adicional de acordo com achados laboratoriais;
- Ponderar necessidade de compartilhamento do cuidado dos usuários a especialistas tais como endocrinologista e psiquiatra, utilizando-se da segunda opinião formativa por meio da Regulação Formativa.

b). Atenção de Enfermagem

A equipe de enfermagem deve incentivar a participação comunitária para ações que contribuam para melhoria da qualidade de vida da comunidade, o que envolve ações promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, vigilância nutricional. Ainda, é importante acompanhar as ações dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, aferir os dados antropométricos de peso e altura, avaliar os casos de riscos e da necessidade de apoio especializado.

c). Atenção Nutricional

O acompanhamento com nutricionistas na APS contribui para melhoria de hábitos alimentares, e é necessário para orientações alimentares individuais e coletivas, prescrição de dieta individualizada, controle glicêmico, perda de peso (mudança em peso e circunferência abdominal), melhora no perfil lipídico (colesterol, triglicerídeos), interrupção/redução do ganho de peso excessivo na gravidez.

Recomenda-se que o tratamento para perda de peso destaque a mudança de comportamento para diminuir o consumo de alimentos não saudáveis, de bebidas açucaradas e a ingestão de calorias excessivas, e contribuir para fortalecimento do consumo alimentar cultural, social e nutricional adequado, com controle das porções dos alimentos, aumento da ingestão de frutas e vegetais, e adesão à dieta individualizada e às ações de grupo, considerando os hábitos culturais, costumes familiares, condições socioeconômicas, acesso aos alimentos, e individualidades.

Promover e facilitar o acesso de pessoas, famílias e comunidades aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida e alimentação saudáveis,

possibilitando-as a devida apropriação e motivação para a aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e nutrição. É um profissional estratégico para implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), conduzindo e instrumentalizando outros profissionais das equipes para exercício dos sete eixos da política: 1. Estímulo à ações intersetoriais; 2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5. Prevenção e controle de distúrbios e doenças nutricionais; 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; 7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

d). Atenção Psicológica

A associação de um terapeuta ou psicólogo, ao utilizar estratégias comportamentais, aumenta a adesão à dieta e, conseqüentemente, contribui para maior perda de peso, uma vez que os determinantes para perda de peso mais importantes são aqueles que envolvem mudanças comportamentais.

Deve desempenhar ações conjuntas e específicas, sobretudo no campo da promoção e prevenção à saúde, e na atenção curativa, com foco na família e na comunidade; atua também, como mediador no acesso e no acompanhamento dos usuários e familiares aos serviços de nível secundário e terciário. Nesse contexto, a saúde mental pode ser entendida como campo de atuação do psicólogo, não exclusivo a esse profissional, mas apenas um campo de atuação de sua especificidade, em que tem especial contribuição a oferecer e que, com os demais profissionais, comporá a abordagem interdisciplinar, através do diálogo, da atuação conjunta no cotidiano de trabalho na unidade local de saúde e na comunidade, possibilitando, assim, a construção de uma atenção à saúde efetivamente integral.

e). Atenção Odontológica

A dieta pode ser um fator de risco comum entre obesidade e saúde bucal, uma vez que a quantidade e frequência de ingestão de sacarose são fatores

etiológicos para ambas as doenças e observa-se que adultos obesos apresentam cáries com maior frequência do que os indivíduos eutróficos (BARBOSA, 2015).

A cárie também pode estar relacionada a halitose, alteração do fluxo salivar e ao impacto causado na capacidade mastigatória, levando a mudanças na alimentação, como a troca de alimentos ricos em nutrientes por aqueles ricos em açúcares e gorduras saturadas, aumentando a correlação com a obesidade (PRPIC, KUIS e PEZELJ, 2012).

O excesso de peso também está associado a erosão dentária, considerando a frequência da doença do refluxo gastroesofágico nessa população, em virtude da redução do pH salivar, causando a dissolução dos cristais de hidroxiapatita do esmalte dentário. Segundo Ali *et al.* (2002), os pacientes que possuem refluxo gastroesofágico geralmente relatam hipersensibilidade, maior incidência de erosões dentárias, aftas, ardência bucal, sensibilidade dentária e gosto azedo.

Considerando as características inflamatórias da obesidade, os indivíduos obesos apresentam maior tendência ao crescimento e ao desequilíbrio do biofilme oral e assim mais propensos a desenvolver gengivite e periodontite. Estas afecções, por sua vez, quando não são tratadas, podem evoluir para o edentulismo (MOURÃO, 2022).

Segundo Fonseca, Brunetti e Soares (2014), alguns estudos sugerem que existe uma relação entre a condição periodontal e o IMC maior ou igual a 30 Kg/m². Os mecanismos envolvidos nesta relação ainda não foram totalmente esclarecidos.

Neste sentido, o acompanhamento odontológico de usuários com sobrepeso e obesidade é necessário para a garantia da integralidade da atenção e promoção da saúde.

f). Ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Deve estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, por meio

de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Outras ações importantes que os ACS podem realizar referem-se à

- identificação de crianças e famílias em situações de risco para o desenvolvimento do excesso de peso, identificação de fatores de risco relacionados ao estado nutricional na família, no domicílio e na comunidade;
- aferir peso e altura nas visitas domiciliares e contribuir para a vigilância alimentar e nutricional do território;
- identificar estratégias para melhoria do estado nutricional na comunidade e na família;
- participar e conduzir atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação dos setores de saúde.

g). Atenção quanto à prática de atividades físicas

Sabe-se que grande parte da população não sabe como começar a praticar, que tipo de atividade física fazer e qual a quantidade recomendável para a saúde. Mesmo as pessoas que sabem encontram barreiras para iniciar ou para se manterem fisicamente ativas, uma vez que a adesão a um estilo de vida fisicamente ativo não depende somente de uma decisão individual, mas de diversos fatores individuais, coletivos, ambientais, sociais, culturais, econômicos e políticos.

Assim, a participação de Profissionais de Educação Física nas equipes de saúde contribui para melhor adesão do usuário às intervenções propostas e resultados mais significativos no tratamento para perda de peso. O profissional tem a expertise para que a prática de atividade física seja prescrita de acordo com as necessidades do indivíduo e da comunidade e adequadas ao ambiente.

Dessa forma, estratégias para superar as barreiras e promover a prática de atividade física são fundamentais, incluindo as ações vinculadas ao SUS.

Além disso, o profissional pode ser um catalisador no planejamento de ações relativas à prática de atividade física nas unidades de saúde e nos equipamentos disponíveis no território, deve matricular outros profissionais da equipe de saúde a fim de expandir o fomento de práticas para redução do sedentarismo na população adstrita.

Um documento importante para subsidiar toda a equipe de saúde é o [documento principal](#) e [suplementar](#) do Guia de Atividade Física para População Brasileira (MS), um instrumento que não é exclusivo para uso dos profissionais de educação física, mas para ser disseminado entre todos da equipe. O Guia é um documento estruturado que considera as particularidades e a diversidade da população brasileira, reforça a importância de realização de atividades físicas conforme ciclo de vida, tempo disponível e quais os benefícios à saúde.

h). Ações do Assistente Social:

O assistente social tem como função a avaliação de suporte familiar e social e da rede de apoio para a mudança do estilo de vida das pessoas com excesso de peso;

Deve identificar a necessidade da intervenção do Serviço Social, compreendendo-se que a profissão abrange uma competência particular de realizar leituras da realidade;

Deve realizar acolhimento, na perspectiva de identificar possíveis expressões da questão social materializadas na vida dos sujeitos, de modo a subsidiar as intervenções a serem realizadas pelo Serviço Social e também para subsidiar a intervenção nas situações de vulnerabilidade social que comprometem o direito dos indivíduos à saúde;

Realizar acompanhamento dos usuários a fim de dar continuidade ao atendimento, possibilitando intervir nos determinantes sociais da doença e viabilizar os direitos dos usuários à saúde em articulação com a rede socioassistencial.

Importante a realização de ações individuais e em grupo, para fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, entendendo-os como fundamentais para a mudança de estilo de vida e para adesão ao tratamento;

As intervenções com os usuários e seus familiares compreenderam orientações quanto a serviços, políticas públicas e a direitos sociais, assim como orientações acerca da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

V. Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades ou IMC ≥ 40 kg/m²

Considerando o princípio da longitudinalidade do cuidado, a APS deve coordenar o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade entre os diferentes pontos de atenção da rede, bem como, prestar assistência multiprofissional aos usuários que realizaram o tratamento cirúrgico para obesidade, findado o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar (AEH) (BRASIL, 2013a).

É necessário que as equipes de APS mantenham o contato com profissionais da Atenção Especializada, de forma a desempenhar seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAVS. Para tanto, é fundamental a implementação de mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de Saúde, como sistemas de informação e de regulação de qualidade, fóruns de discussão de casos e educação permanente dos profissionais.

Destaca-se que a Regulação Formativa contribui para aproximação e integração da APS com a atenção Especializada e outros pontos de atenção, propiciando a regulação de casos no momento oportuno e a qualificação em serviço (ESPÍRITO SANTO, 2021).

No caso de indivíduos com IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades descompensadas, o cuidado deve ser compartilhado com a atenção especializada conforme

necessidade clínica (exemplo: Cardiologista, Endocrinologista, Psiquiatra, entre outros).

Recomenda-se solicitar segunda opinião formativa ao Médico Especialista Estadual ou Municipal, conforme disponibilidade na RAVS e pactuações (PGASS), para que contribua na integralidade da assistência aos usuários.

O especialista poderá orientar o médico assistente e a equipe da APS no que tange a condutas para melhoria do acompanhamento do usuário e controle das comorbidades, bem como apoiar/subsidiar a decisão do médico assistente da APS no encaminhamento para a Unidade de Assistência de Alta Complexidade de referência para o território, nos casos indicados à Cirurgia Bariátrica (ESPÍRITO SANTO, 2021).

VI. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, findado o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar

Após o período de acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica, que se refere a 18 meses de assistência ambulatorial especializada hospitalar, os usuários devem receber alta, com resumo de alta e orientações dos profissionais para seguimento da assistência na APS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A APS deve prestar assistência longitudinal a estes usuários com equipe multiprofissional composta minimamente por Médico, Nutricionista, Enfermeiro, Psicólogo e Cirurgião Dentista, mesmo quando o IMC retorna aos parâmetros de normalidade.

Recomenda-se que a APS, nos primeiros 5 anos, recorra à segunda opinião formativa com a equipe técnica de cirurgia bariátrica (clínico ou endocrinologista ou cirurgião) com a qual o usuário realizou o acompanhamento/tratamento sempre que necessário, a fim de viabilizar a alta desses usuários pela equipe hospitalar, dar subsídios à equipe da APS no acompanhamento longitudinal dos

usuários, identificar possíveis complicações cirúrgicas tardias e os casos indicados para cirurgia plástica reparadora.

No caso de indivíduos apresentando comorbidades descompensadas, o cuidado desses usuários deve ser compartilhado com a atenção especializada conforme necessidade clínica (exemplo: Cardiologista, Endocrinologista, Psiquiatra, entre outros) (BRASIL, 2013a). Deve-se solicitar segunda opinião formativa ao Médico Especialista Estadual ou Municipal conforme disponibilidade na RAVS e pactuações (PGASS), para que contribua na assistência aos usuários.

O fluxograma da LCSO, destacando o compartilhamento do cuidado entre APS e Atenção Especializada pode ser visualizado na Figura 2.

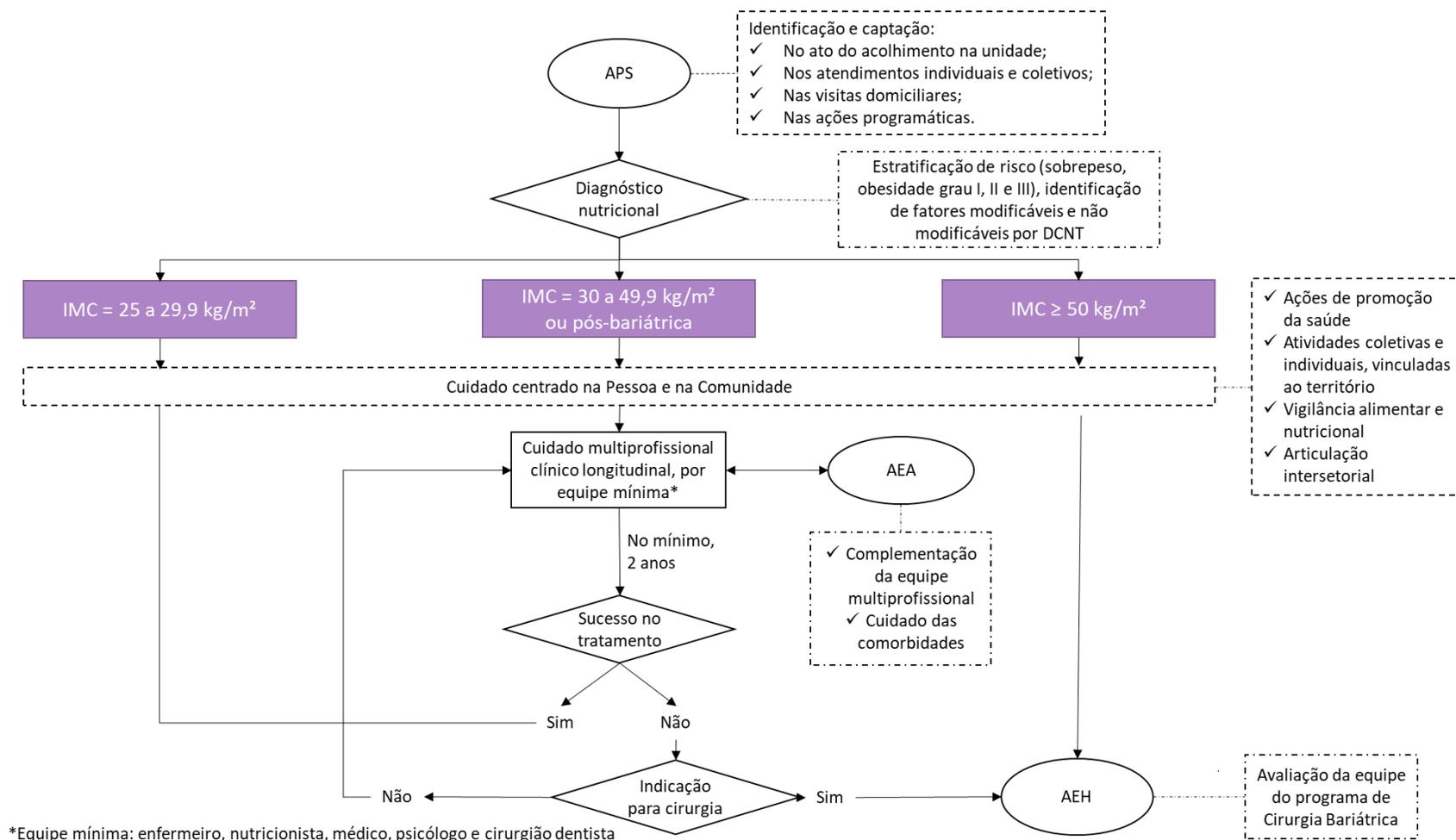


Figura 2. Compartilhamento do cuidado entre APS e Atenção Especializada na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

3.2. Atenção Especializada Ambulatorial

A Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) é responsável pelo acompanhamento longitudinal e multiprofissional, com abordagens individuais, coletivas e transversais, incluindo tratamento de comorbidades, encaminhamento para tratamento cirúrgico, acompanhamento pré e pós-intervenção cirúrgica.

No Espírito Santo, a AEA é oferecida nos ambulatórios e centros de especialidades municipais, nos Núcleos Regionais de Especialidades (NRE) estaduais e nas Unidades Cuidar, presentes nas três regiões de saúde:

Região Central/Norte: Unidades Cuidar (Nova Venécia e Linhares), Núcleo Regional de Especialidades, Centros de Especialidades municipais;

Região Metropolitana: Unidade Cuidar Santa Teresa, NRE (municípios da Grande Vitória) e centros municipais de especialidades;

Região Sul: Unidade Cuidar Guaçuí, NRE e centros municipais de especialidades.

Destacam-se como atribuições da AEA:

- prestar apoio matricial às equipes da APS conforme protocolos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do ES (SESA);
- prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC 30 kg/m^2 com comorbidades descontroladas;
- diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;
- 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 APS de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e
- realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de APS, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

3.3. Atenção Especializada Hospitalar

A organização da atenção hospitalar no contexto da LCSO tem como base a nova perfilização hospitalar estadual, conforme a Portaria nº 107-R, de 25 de Julho de 2022, que dispõe sobre as referências regionalizadas nas Unidades de Atenção Hospitalar próprias, contratadas e contratualizadas do Estado do Espírito Santo.

A perfilização hospitalar é uma ferramenta viva de territorialização, constituída através de pactos, negociações e perspectiva de uma rede hospitalar que oferte à população atenção à saúde com vistas à integralidade do cuidado na lógica do modelo de organização do sistema de saúde por meio da organização em rede e sustentado pela Autorregulação Formativa Territorial e pela nova política de contratualização do SUS (ESPÍRITO SANTO, 2022b).

Na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, a Atenção Especializada Hospitalar (AEH) é composta por unidades hospitalares especializadas habilitadas como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

Os estabelecimentos com Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade grave são os hospitais que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade (BRASIL, 2013b).

Existem no Estado três referências hospitalares para atendimento ao indivíduo portador de obesidade grave: Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV) e Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) na Região Metropolitana e Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) na Região Sul. As referências municipais para alta complexidade estão dispostas conforme ilustrado na Figura 3.

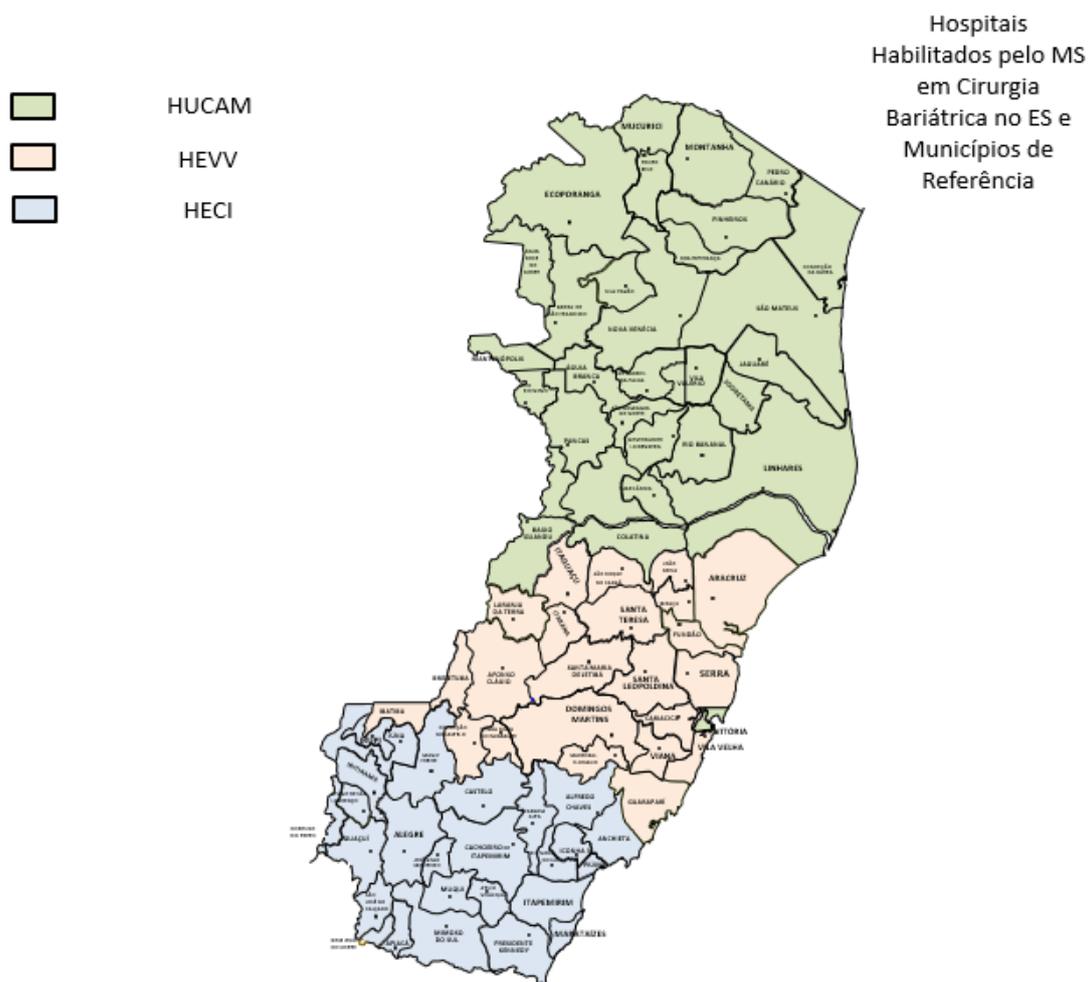


Figura 3. Referências Hospitalares da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade Adulto para os municípios do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2022).

Indicação para o Programa de Cirurgia Bariátrica (BRASIL, 2013):

- a) Indivíduos que apresentem $IMC > 50 \text{ Kg/m}^2$;
- b) Indivíduos que apresentem $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$, 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;
- c) 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.

Caso o usuário apresente uma das situações abaixo, a realização de Cirurgia Bariátrica fica contra indicada:

- a) Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b) 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;
- c) Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d) Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;
- e) Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

Destacam-se como atribuições da AEH:

- Realizar avaliação dos casos indicados pela Regulação Formativa (médico da APS ou endocrinologista da AEA), para iniciar o tratamento de alta complexidade que inclui o procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I da Portaria MS/GM nº 424/2013 e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;
- 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 com o estabelecido nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo MS;
- Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do MS;
- Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido no Anexo I da Portaria MS/GM nº 424/2013;
- Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade para a atenção básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I da Portaria MS/GM nº 424/2013;
- Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente ao Município e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

Conforme Anexo I da Portaria MS/GM nº 425/2013, o acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado pela equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade grave, incluindo a realização de todos os exames especificados na portaria, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório. Na Figura 4 pode ser visualizado o fluxograma da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Alta Complexidade Hospitalar.

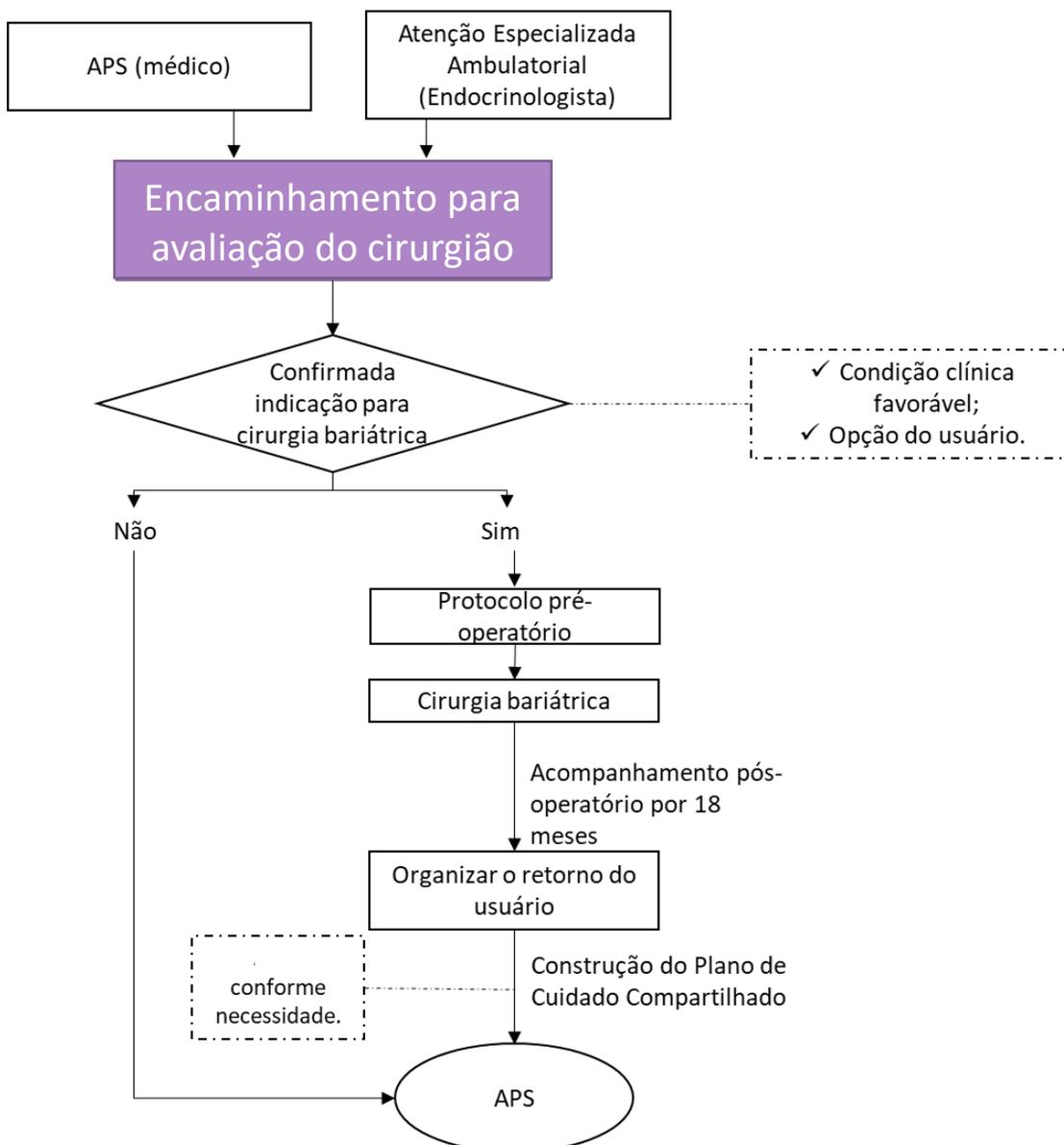


Figura 4. Alta Complexidade Hospitalar na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

Cirurgia Plástica Reparadora

De acordo com critérios específicos, a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade grave realizará Cirurgia Plástica Reparadora nos pacientes submetidos previamente à Cirurgia Bariátrica (Figura 5), quando indicado.

Indicações para cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica:

As indicações estão em conformidade com o item 9 – Indicação para Cirurgia Plástica Reparadora da Portaria MS/GM nº 424/2013.

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).

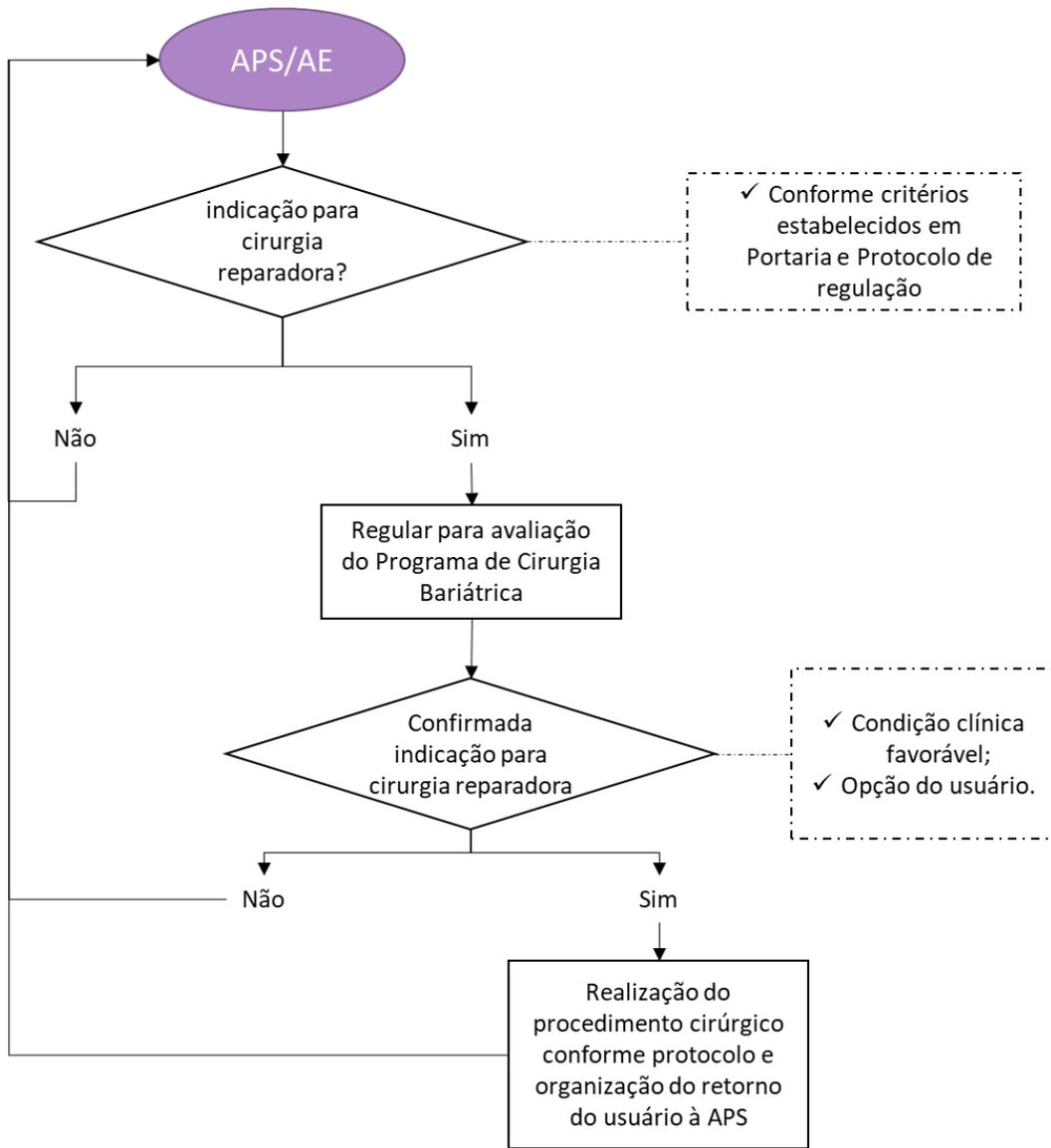


Figura 5. Cirurgia Plástica Reparadora na Linha de Cuidado de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

3.4. Atenção em Urgências e Emergências

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, ressalta-se que a organização da Rede de Atenção às Urgências deve prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, dos usuários portadores de obesidade até a transferência/ encaminhamento dos indivíduos a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Os hospitais de referência para a obesidade desta LCSO devem oferecer atendimento especializado e integral em internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias (BRASIL, 2013b).

4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância Alimentar e Nutricional como um dos campos de atuação do SUS (BRASIL, 1990) e estabelecida como uma das diretrizes da PNAN (BRASIL, 2013e), consiste na análise permanente da situação de saúde da população - como todas as ações da Vigilância em Saúde - a partir da descrição contínua das condições de alimentação e nutrição da população (BRASIL, 2013e; BRASIL, 2015a).

A coleta de dados, o monitoramento e avaliação das condições de alimentação e nutrição da população auxiliam no planejamento e execução de intervenções efetivas para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 2015a). Ainda, além do planejamento de ações próprias, o registro e monitoramento das condições de alimentação e nutrição são, muitas vezes, utilizados para adesão à programas de Promoção da Saúde, com o recebimento de incentivo financeiro federal para apoiar a implementação das ações, como o Programa Crescer Saudável no âmbito do PSE, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja).

Como destacado anteriormente, uma das competências e ações da APS na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade é realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional da população adstrita. Tais ações promovem a integração da Vigilância em Saúde com as competências transversais da APS, contribuindo com o fortalecimento da RAVS. Nesse sentido, destaca-se a importância da coleta adequada das informações de alimentação e nutrição da população, bem como correto e contínuo registro e monitoramento destas nos sistemas informatizados.

Assim, para a efetiva atuação da RAVS se faz necessário dispor de profissionais treinados e estrutura adequada, estando disponíveis balanças, antropômetros, fita métrica, formulários para registros de dados e conectividade (SAPS, 2022). Mais informações sobre o uso e compra de equipamentos citados podem ser consultados, em:

- [Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos;](#)

- [Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.](#)

Uma vez coletados e registrados adequadamente nos sistemas de informação da APS, conforme descrito anteriormente, os registros das avaliações antropométricas, bem como dos marcadores do consumo alimentar, podem ser consultados nos relatórios do SISVAN, os quais agregam tanto aqueles oriundos do próprio SISVAN, quanto os dados oriundos do Programa Auxílio Brasil e daqueles inseridos no e-SUS APS (SAPS, 2022). Destaca-se que outras fontes de dados podem ser utilizadas na avaliação e monitoramento alimentar e nutricional, como inquéritos populacionais e produções científicas.

No âmbito da presente LCSO, propõem-se indicadores para o monitoramento das ações da rede, focadas em avaliar tanto as condições alimentares e nutricionais da população adstrita a fim de planejar ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde, quanto dos procedimentos relativos ao tratamento cirúrgico da obesidade objetivando a qualificação do cuidado (anexo III).

5. SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS

Organizados de forma transversal na RAVS, encontram-se os sistemas de apoio com a responsabilidade de prestar serviços que são comuns a todos os pontos de atenção à saúde. Já os sistemas logísticos visam ainda contribuir com a organização do itinerário terapêutico dos usuários na RAVS, qualificando a comunicação entre profissionais e serviços de saúde, bem como o acesso oportuno aos recursos disponíveis (MENDES, 2011). Na LCSO, destaca-se o sistema de assistência farmacêutica, de acesso regulado à atenção à saúde e de transporte em saúde.

5.1. Acesso regulado

A regulação é uma função pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde. A regulação na Saúde pode ser definida como ação social e abarca ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde, sendo o Estado um desses sujeitos e os outros sujeitos não estatais, como segmentos privados lucrativos presentes no setor (planos e seguros de saúde), corporações profissionais, usuários organizados (conselhos de saúde, por exemplo), dentre outros (Mendonça, 2006).

Segundo Mendes (2011), os papéis basais da regulação no SUS referem-se a condução política e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico.

A fim de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, regulando o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, entre outros fatores, foi instituída portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, estabeleceu a Política Nacional de Regulação do SUS, compreendendo 3 dimensões:

- Regulação de Sistemas de Saúde, que tem como objeto os sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional, sujeitos os respectivos gestores públicos e o objetivo de definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.
- Regulação da Atenção à Saúde, sendo o objeto a adequada prestação de serviços à saúde, os sujeitos a Secretaria Estadual e as Municipais de Saúde, o objetivo de garantir a prestação de ações e serviços de saúde.

- Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial), apresenta como objeto o acesso aos serviços de saúde, sujeitos os seus respectivos gestores públicos e o objetivo de organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

A regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles segundo diferentes perfis de demanda e de oferta, estabelecendo meios e para o acesso universal, integral e equânime a cuidados em saúde (Brasil, 2006).

As linhas de cuidado, protocolos clínicos e fluxos assistenciais norteiam a regulação do acesso e orientam os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso (Mendes, 2011). Neste sentido, um dos objetivos do estabelecimento da LCSO é nortear a regulação do acesso aos serviços necessários ao cuidado integral do sobrepeso e obesidade.

No contexto da atenção ambulatorial especializada da LCSO, os fluxos orientam o compartilhamento do cuidado dos usuários com a APS, sendo a segunda opinião formativa e a teleconsulta recursos úteis para o cuidado.

A LCSO pressupõe a regulação estadual da entrada do usuário no programa de Atenção de Alta Complexidade ao indivíduo portador de obesidade grave, onde fará o acompanhamento pré-cirúrgico, o procedimento cirúrgico da obesidade, bem como sua programação, e o acompanhamento pós-operatório por 18 meses e posteriormente a cirurgia reparadora pós-bariátrica, quando indicado.

Recomenda-se que APS ou AEA solicite segunda opinião formativa ao serviço de referência para os casos indicados à assistência de alta complexidade do indivíduo portador de obesidade grave.

A Regulação Formativa direcionará os usuários dos municípios para cada um dos hospitais que compõem a LCSO, conforme consta Figura 3, a fim de evitar duplicidades em filas e organizar o fluxo dos usuários. Propõe-se que os hospitais atendam, conforme a grade de referência estabelecida pela SESA, somente aos municípios definidos.

5.2. Assistência Farmacêutica

Norteadada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a), a Política Farmacêutica do Estado do ES propõe a garantir à população capixaba acesso a medicamentos essenciais e excepcionais de forma equânime, em todas as redes de atenção à saúde, promovendo o seu uso racional e o cuidado humanizado aos usuários (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Para garantir o acesso a medicamentos essenciais, ou seja, que satisfaçam as necessidades prioritárias de saúde da população (OMS, 2002), é disposta - e atualizada a cada dois anos pelo MS - a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Brasil, 2011e). A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, a nível nacional. Em consonância com a RENAME, o Estado e Municípios podem adotar suas próprias relações específicas e complementares de medicamentos (BRASIL, 2011e).

Dessa forma, os usuários do SUS no Espírito Santo contam com a Relação Estadual de Medicamentos (REMUME), a qual contempla além dos medicamentos disponíveis na RENAME, aqueles adquiridos por recursos próprios estaduais, de uso ambulatorial e dispensados pelas Farmácias Cidadãs. Cada município do estado do ES também dispõe de suas próprias Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

A dispensação de tais medicamentos à população capixaba ocorre a partir da organização da Assistência Farmacêutica, subdivida em: Componente Estratégico, Componente Básico e Componente Especializado.

O Componente Estratégico disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências

nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas. Tais medicamentos são dispensados em centros de referência ou unidades básicas de saúde.

O Componente Básico disponibiliza medicamentos e insumos para doenças e agravos à saúde cujo cuidado ocorre no âmbito da APS. Dessa forma, o acesso a tais medicamentos ocorre através das US do município onde o paciente reside.

O Componente Especializado disponibiliza medicamentos para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, cujo cuidado ocorre em âmbito ambulatorial e o tratamento é definido em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS. No Estado a dispensação de medicamentos do Componente Especializado ocorre nas Farmácias Cidadãs, a partir da abertura do processo para Solicitação de Medicamentos. A relação de Farmácias Cidadãs Estaduais pode ser consultada no link: <https://farmaciacidade.es.gov.br/Media/farmaciacidade/Arquivos/FARM%C3%81CIAS%20DE%20REFERENCIA%20POR%20MUNIC%C3%8DPIO.pdf>

Ainda, a partir da REMEME, também disponibiliza medicamentos adquiridos com recursos estaduais, conforme os Critérios de Utilização da SESA para cada item. Para solicitação de medicamentos não padronizados é necessária a abertura de processo, com justificativa baseada em evidências científicas disponíveis. A solicitação é analisada pela Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT) e, em casos de deferimento, o medicamento será adquirido e encaminhado à Farmácia Cidadã Estadual para atendimento ao paciente.

A Assistência farmacêutica contempla ainda o tratamento medicamentoso em âmbito hospitalar, incluindo os medicamentos oncológicos cuja administração ocorrem em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Destaca-se que o esquema terapêutico e o fornecimento dos medicamentos são de responsabilidade do hospital ou da clínica, sendo o financiamento por ressarcimento pelo MS.

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 ao SUS (Brasil, 2020a, 2020b). Dessa forma, o MS tornou 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, de 22 de abril de 2020. O estado do ES também não dispõe de medicamentos para o tratamento do sobrepeso e obesidade na REMEME (SESA, 2022).

Terapia de suporte pós cirurgia bariátrica

Os usuários que realizaram cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade podem necessitar de suplementação vitamínica e mineral.

Norteados pela RENAME, os municípios do ES podem dispor em sua REMUME de vitaminas e as substâncias minerais isoladas nas seguintes apresentações:

- Ácido fólico – comprimido 5mg e solução oral 0,2mg/ml
- Carbonato de cálcio – comprimido 500 mg;
- Carbonato de cálcio + vitamina D – comprimido (500 mg +200 UI) (500 mg + 400 UI) (600 mg + 400UI);
- Cianocobalamina (vit B12) - solução injetável (1.000 mcg);
- Piridoxina (vit B6) – comprimido 40 mg;
- Sulfato ferroso – comprimido 40 mg e solução oral (25 mg/ml);
- Tiamina (vit B1) – comprimido 300 mg;

O Estado, por sua vez, incorporou na REMEME polivitamínico oral destinado a atender os usuários pós bariátrica durante o acompanhamento na alta complexidade da LCSO.

5.3. Transporte Sanitário

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.563 de Outubro de 2017 e a Resolução do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) n. 13/2017, o Transporte Sanitário Eletivo é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação.

Para fins de atender às diretrizes desta Linha de Cuidado, definiu-se, em consonância com pactuações anteriores, que cada município é responsável pelo transporte sanitário de seus usuários e adotou-se a região de saúde como base territorial do transporte sanitário eletivo, de modo a diminuir as distâncias e o tempo de viagem dos usuários e racionalizar custos.

6. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL E A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) compreende “[...] a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e sem comprometer o acesso a outras necessidades importantes tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde [...]” (BRASIL, 2006). Neste sentido, encontra-se em situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) pessoas com dificuldade de acesso à alimentação balanceada e à ingestão de nutrientes suficientes qualitativa e quantitativamente para a manutenção de sua saúde, seja essa restrição integral ou em detrimento de outras necessidades (COSTA, 2021).

Assim, a SAN diz respeito a garantia de uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente. A fome, a desnutrição e a obesidade são manifestações comuns da IAN, uma vez que a falta de uma alimentação adequada e saudável pode causar as distintas formas de má nutrição (COSTA, 2021).

A alimentação demanda grande parcela do orçamento familiar nas situações de IAN, e segundo Correia, Santos e Camolas (2018), a IAN é considerada um evento de *stress*, inversamente relacionada com uma alimentação equilibrada, aumentando o risco do excesso de peso, embora paradoxal.

O excesso de peso nos casos de IAN se deve a uma alimentação desequilibrada, rica em alimentos de elevada densidade energética, como cereais refinados, refrigerantes e produtos ricos em gorduras e sal, e muito baixa em frutas e hortaliças, carnes magras e peixes, cereais integrais, leguminosas e laticíneos, baixo nível de educação alimentar e escolhas alimentares menos conscientes (Correia; Santos; Camolas, 2018).

É importante compreender que o desenvolvimento do excesso de peso está relacionado, como já descrito anteriormente, a fatores individuais mas também aos ambientais e sociais, sobre os quais o indivíduo, em muitas ocasiões, apresenta pouca capacidade de interferência (WHO, 1998).

Enfrentar essa situação exige a adoção de medidas e ações articuladas em diferentes níveis e setores de governo com a participação da sociedade civil, com vistas ao Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAA) e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população (BRASIL, 2014b).

Para construir a intersetorialidade é necessário aproximar os setores que atuam na área de SAN a fim de planejar e coordenar suas ações conjuntamente (BRASIL, 2004b).

Neste sentido é importante identificar as frentes de ação em comum, formular objetivos e definir instrumentos e indicadores de monitoramento de forma conjunta e pactuada entre os diferentes atores envolvidos (gestores, profissionais, sociedade civil etc), bem como identificar dentre as ações que vêm sendo desenvolvidas pelos diferentes setores aquelas que têm maior impacto sobre a situação de SAN (BRASIL, 2004b).

Outras ações são necessárias para o êxito do exercício da intersetorialidade como a execução de mecanismos de gestão e monitoramento integrado das ações. Os grupos de trabalho intersetoriais são espaços importantes para o acompanhamento cotidiano de projetos integradores de gestão (BRASIL, 2004b).

6.1. Agricultura

A articulação com o setor e políticas relacionadas à agricultura e modos de produção e distribuição de alimentos visa ampliar a disponibilidade e acesso da população a alimentos saudáveis, respeitando a cultura local e contribuindo para a SAN.

Neste sentido, faz-se necessário intensificar ações para que a agricultura familiar produza, cada vez mais, alimentos adequados e diversificados considerando os aspectos regionais e culturais e também que a aquisição e doação de alimentos para os equipamentos públicos estejam atendendo às necessidades nutricionais da população (BRASIL, 2014b).

Principais ações que podem ser realizadas pelo estado e municípios (BRASIL, 2014b):

- Apoiar estruturas como: banco de alimentos, unidades de apoio e distribuição de alimentos da agricultura familiar e instituições de ensino, que favoreçam a distribuição de alimentos adequados e saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento da Agricultura Familiar, por meio do apoio à instalação, modernização e adequação das estruturas físicas e dos equipamentos tecnológicos das centrais de abastecimento (Ceasas) locais;
- Incentivar a organização de feiras de alimentos produzidos localmente, inclusive orgânicos, facilitando o acesso a alimentos adequados e saudáveis da população em geral;
- Realizar compras institucionais de alimentos adequados e saudáveis produzidos pela agricultura familiar por meio de chamada pública em instituições filantrópicas e equipamentos públicos;
- Estimular a participação dos produtos orgânicos e de base ecológica no mercado;
- Capacitação dos agricultores familiares sobre a inocuidade dos alimentos com foco no uso de agrotóxicos e transgênicos.

- Realizar consultas e/ou fóruns de discussão que oportunizem uma discussão ampliada sobre os subsídios brasileiros na cadeia produtiva, assim como o setor econômico pode favorecer a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis pela população.

6.2. Assistência Social

A assistência social, um pilar do Sistema de Proteção Social, é um setor importante para atuação em conjunto da saúde para garantia da segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada e saudável.

Apesar de a insegurança alimentar e nutricional (INSAN) não se manifestar apenas nas camadas sociais mais empobrecidas, esse grupo social é o mais vulnerável à falta de alimentos, seja por não dispor de renda para adquiri-los, seja por não ter acesso aos bens de produção necessários para produzi-los para o autoconsumo. A população mais carente também é privada de alimentos de boa qualidade, dos equipamentos necessários para conservá-los e prepará-los e tem menos acesso à informação sobre uma alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2004b).

A articulação com a assistência social e com os equipamentos e profissionais relacionados à promoção de direitos que atuam diretamente na realidade social, a partir dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, podem interferir diretamente nas condições de saúde e tratamento dos usuários (DELLA, 2016).

Assim, algumas ações são sugeridas para a intersetorialidade e promoção da alimentação adequada e saudável nos territórios (BRASIL, 2014b):

- Fomentar/garantir a inclusão de alimentos saudáveis nas cestas de alimentos promovidos pela ação local;
- Realizar educação permanente com profissionais que atuam em entidades da rede socioassistencial e equipamentos públicos, com vistas a ofertar alimentação adequada e saudável;
- Fortalecer ações de promoção da alimentação adequada e saudável e DHAA direcionadas às famílias beneficiárias do Programa Auxílio Brasil, por meio da formação permanente de profissionais e gestores que atuam na saúde, educação e assistência, incluindo o fomento a participação destes profissionais em formações relacionados ao tema;

- Realização de estratégias de comunicação diretamente com as famílias, tais como spots de rádio e materiais educativos e instrucionais.

6.3. Educação

A articulação com a educação configura-se numa importante estratégia intersetorial para a educação nutricional e formação de hábitos, especialmente para o público infantil.

O conjunto de ações propostas para este setor objetiva compartilhar conhecimentos e práticas que possam contribuir para a conquista de melhores condições de vida, saúde e SAN da população (BRASIL, 2014b). Algumas ações são sugeridas, tais como:

- Articulação de ações que viabilizem a incorporação de temas de alimentação, saúde e nutrição nos currículos e nos projetos pedagógicos das escolas (BRASIL, 2014b);
- Apoiar as unidades de alimentação e nutrição de creches e escolas de educação básica por meio da aquisição de equipamentos e utensílios para o adequado recebimento e processamento de gêneros alimentícios;
- Aumentar a participação do pescado no mercado institucional, com foco no incentivo ao consumo do pescado na alimentação escolar;
- Evitar a compra de alimentos ultraprocessados e ricos em açúcar, gordura e sal para a preparação da alimentação escolar e priorizar a oferta de alimentos *in natura* e minimamente processados;
- Buscar aplicar parte dos recursos do Programa Nacional de Alimentação do Escolar - PNAE na compra de alimentos da agricultura familiar;
- Difundir os princípios e recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Guia alimentar para crianças menores de dois anos;
- Elaborar materiais e outros subprodutos dos Guias Alimentares, como por exemplo: cursos de autoaprendizagem, para informar, comunicar e orientar a população quanto às escolhas alimentares saudáveis, com a previsão de estratégias de formação dos profissionais que deverão utilizar os Guias;

- Orientar diretrizes para a adoção de cardápios saudáveis em comemorações promovidas por instituições públicas, incorporando frutas, hortaliças, oleaginosas, leguminosas, raízes e tubérculos, pescados e grãos integrais (alimentos *in natura* ou minimamente processados) e reduzindo a oferta de frituras, refrigerantes e produtos ultraprocessados, além de realizar ações de educação alimentar e nutricional voltadas aos indivíduos;
- Estimular a inclusão do tema de SAN, com foco em alimentação saudável, no Plano Político Pedagógico das escolas;
- Realizar adesão aos Programas PSE e Crescer Saudável e fomentar que as Equipes de APS desenvolvam atividades relacionadas à promoção da alimentação saudável em conjunto com as escolas públicas;
- Difundir os materiais educativos produzidos pelo PSE;
- Fomentar a implantação de hortas pedagógicas, com objetivo de promover práticas alimentares saudáveis.
- Articular com as universidades a fim de desenvolver ações de educação permanente junto aos atores envolvidos na alimentação escolar;
- Promover o resgate da cultura alimentar local, principalmente em datas comemorativas.

REFERÊNCIAS

ALI DA, BROWN RS, RODRIGUEZ LO, MOODY EL, NASR MF. **Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease.** J Am Dent Assoc. 2002; 133:734-7.

BARBOSA, M. L. **Relação entre obesidade e cárie dental:** Revisão de literatura. 51 f. Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva e da Família). Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba. 2015.

BARRETO, Mauricio L. et al. Saúde no Brasil 3 Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **Lancet**, p. 47-60, 2015.

BERNARDI, F; CICHELERO, C; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, 18(1):85-93, jan./fev., 2005.

Braga, C. A. S; Costa, L. V. Obesidade, Desnutrição e Pobreza: a Insegurança Alimentar e Nutricional na Ótica do Espaço Social Alimentar. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 39, n. 78, p. 239-256, mar. 2021. 239. DOI: dx.doi.org/10.22456/2176-5456.87727

BRASIL. Lei nº 8.080, 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, Brasília, DF, 21 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS no 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. CONSEA, 81 p. Brasília, Julho de 2004b.

BRASIL. Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-

2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 01 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a [citado 2019 jan 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde - Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Brasília, 2011d.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 424 de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para 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, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Diário Oficial da União de 15 de abril de 2013. Brasília, 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 84 p. : il

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Departamento de Atenção Básica, Brasília – 2014a.

BRASIL, Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. CAISAN, 39 p. Brasília, DF – 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a. 56 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica.** Ministério da Saúde – Brasília, Distrito Federal. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016.** Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017.** Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.563, de 3 de outubro de 2017.** Regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.** Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Orlistate para a redução de peso em indivíduos com sobrepeso ou

obesidade. Brasília, DF: MS, 2020a. (Relatório de Recomendação, n. 523). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_orlistate_sobrepeso_obesidade_523_2020_FINAL.pdf. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Sibutramina para o tratamento dos pacientes com obesidade. Brasília, DF: MS, 2020b. (Relatório de Recomendação, n. 522). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_sibutramina_obesidade_522_2019_FINAL.pdf. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde (aps) do sistema único de saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2021a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para Manejo da Obesidade no SUS**. Universidade Federal de Minas Gerais. Ministério da Saúde – Brasília, 2021b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no sistema único de saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais. Ministério da Saúde – Brasília, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROTEJA**: Estratégia nacional para prevenção e atenção à obesidade infantil - orientações técnicas. Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília, 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.863, de 10 de agosto de 2021**. Institui incentivo financeiro federal de custeio destinado aos municípios para a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja. Brasília, 2021e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo programa crescer saudável 2021/2022**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Promoção da Saúde, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde - Abril/2021f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.320 de 22 de junho de 2021**. Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, 2021g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 201 p. : il. – Brasília, 2022a.

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 Rename 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/wp-content/uploads/2016/04/CIT13-2017.pdf>

CORREIA, C. C; SANTOS, A. B; CAMOLAS, J. O paradoxo insegurança alimentar e obesidade: uma revisão da realidade portuguesa e dos mecanismos associados. **Acta Portuguesa de Nutrição**. 13 (2018) 14-21, disponível em: <http://dx.doi.org/10.21011/a>

DELLA, L. P. O Serviço Social e a Obesidade: Um ensaio a partir da cirurgia bariátrica. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Socioeconômico. Serviço Social - Julho/2016 Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/166063> acesso em 22-07-2022.

ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 1956-R, de 07 de novembro de 2007. **Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências**. Disponível em: <https://farmaciacidada.es.gov.br/Media/farmaciacidada/Arquivos/Legisla%C3%>

A7%C3%A3o%20estadual/Decreto_1956R_31_outubro_2007.pdf. Acesso em: 11 mai. 2022

ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/SUS ES nº 153, 2020**. Aprova os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES 03(três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul. Vitória, 18 de Dezembro de 2020.

ESPIRITO SANTO. Decreto nº 5010-R, de 16 de novembro de 2021. Institui o Plano Decenal de Atenção Primária à Saúde - Plano SUS APS +10 e dá outras providências. Espírito Santo, Vitória, 17 nov. 2021a.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 102-R, de 20 de maio de 2021**. Estabelece a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde (RAVS) no âmbito do Espírito Santo. Diário Oficial dos Poderes do Estado. Vitória, ES, p. 8-9. 20 mai. 2021b.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 107-R, de 25 de Julho de 2022**. Dispõe sobre as referências regionalizadas nas Unidades de Atenção Hospitalar próprias, contratadas e contratualizadas do Estado do Espírito Santo. Vitória, Julho de 2022a.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 076-R, de 19 de Maio de 2022**. Institui a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao Sistema Único de Saúde no Espírito Santo e dá outras providências. Vitória, Maio de 2022b.

SESA. Relação Estadual de Medicamentos (REMEME) (atualizada em 09/07/2020 - versão 8.0). Disponível em: <https://farmaciacidade.es.gov.br/Media/farmaciacidade/Cidade%20Estadual/Rememe%208.0%20-%202020.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

FONSECA, E. M.; BRUNETTI, M. C.; SOARES, R. D. Doença Periodontal relacionada à obesidade. Revista PerioNews, São Paulo, v. 8, n. 1, 2014.

MARCICANO, J. A. **Estudo longitudinal prospectivo sobre problemas bucais em pacientes bariátricos**. 147 f. Tese. (Doutorado em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva). Universidade de São Paulo. Bauru. 2013.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2 ed. 549 p.: il. Brasília, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde. 512 p.: il, Brasília – 2012.

MOURÃO, L.C. ; ARAÚJO, C. **Clínica Odontológica Especializada** - A obesidade e a saúde bucal. Rio de Janeiro. Disponível em: www.Amoodontologia.com.br. Acesso em: 4 mar. 2022.

OLIVEIRA, Michele Lessa de. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil.** 2013.

OMS. **Selección de medicamentos esenciales.** In: Perspectivas políticas sobre medicamentos de la Organización Mundial da Saúde. Ginebra, 2002. V.4.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 2000.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** 2004.

PRPIĆ, J.; KUIŠ, D.; PEZELJ-R, S. Obesity and oral health – is there an association? **Coll Antropo**, v. 36, n. 3, p. 755-759, 2012.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SAPS (Secretaria de Atenção Primária à Saúde). Vigilância Alimentar e Nutricional. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar>. Acesso em: 12/07/2022.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Relatório Público de Estado Nutricional**, IMC por idade. Acesso em 07 de Janeiro de 2022.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em debate**. Outubro de 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>

TRAEBERT, J. et al. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. **Rev Nutr**, v. 17, n. 2, p. 247-453, 2004.

TROGDON, Justin G. et al. The economic burden of chronic cardiovascular disease for major insurers. **Health promotion practice**, v. 8, n. 3, p. 234-242, 2007.

ANEXO I

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) propõem o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso às práticas de cuidado. A oferta dessas possibilidades em saúde no SUS consolida o conceito de saúde ampliada e o princípio da integralidade na atenção à saúde, o que realça seu caráter interdisciplinar das ações e a utilização de linguagens singulares (TELESI JÚNIOR, 2016).

O movimento em prol dessas práticas, em franca expansão no mundo, vem contribuir para a racionalização das ações de saúde ao incentivar alternativas socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, impulsionar à participação social e o envolvimento continuado entre usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil as PICS respaldam-se na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006), reforçada na Portaria nº 849 de 27 de março de 2017 e Portaria nº 702 de 21 de março de 2018 - que incluem novas práticas integrativas na PNPIC no SUS (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018) - e alinhada a política Estadual de Práticas Integrativas (ESPÍRITO SANTO, 2013). Esses documentos apresentam diretrizes e estratégias para ampliação do cuidado humanizado e integral.

Seu desenvolvimento no SUS almeja contribuir com a consolidação de um sistema de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na viabilidade da prevenção dos agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral (BRASIL, 2018). No que se refere à obesidade, sabe-se que as PICS não substituem o tratamento convencional definido pelo médico e equipe de saúde, mas podem complementar o plano de cuidado proporcionando maior equilíbrio e harmonia emocional e bem-estar (SUI et al, 2012, FREITAS, SOUSA, COUTINHO, 2020).

Evidências científicas demonstram que o tratamento com acupuntura tem maior eficácia nos indivíduos com sobrepeso do que nos indivíduos com obesidade na perda de peso. O efeito da técnica pode ser maximizado quando combinado a mudanças no estilo de vida dos indivíduos (KIM; GUO; CHOU, 20198). A acupressão auricular isolada, por sua vez, ou com dieta e/ou exercício, tem eficácia na redução do peso corporal, IMC, circunferência da cintura, razão cintura-quadril, massa de gordura corporal e porcentagem de gordura corporal, quando comparada a nenhum tratamento, tratamento simulado ou uso de fita cirúrgica com dieta e / ou exercício (HUANG; GUO; CHOU, 2019).

O yoga pode ser considerado uma intervenção segura e eficaz para reduzir o IMC em indivíduos com sobrepeso ou obesidade (LAUCHE et al, 2016), além da eficácia em reduzir outros fatores de risco para doenças crônicas como pressão arterial, nível de glicose e colesterol alto (KYEONGRA, 2007). O Tai Chi Chuan tem influência sobre o AVC ao interferir em seus fatores de risco como peso corporal, IMC, circunferência abdominal e do quadril, pressão sanguínea, lipídios e glicemia (ZHENG et al, 2015). Outras modalidades de PICS, como a meditação e a atenção plena, estão relacionadas às mudanças de comportamento relativas à compulsão alimentar e atividade física (KATTERMAN et al, 2014; RUFFAULT et al, 2017).

Ainda que a disponibilização de PICS em seus municípios apresente-se pouco expressiva no cenário nacional (BRASIL, 2020), o Espírito Santo conta com a oferta de serviços em Hipnoterapia, Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Meditação, Plantas Medicinais – Fitoterapia, Reiki, Yoga, entre outros.

No âmbito estadual, os serviços em PICS concentram-se no Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares no Núcleo Regional de Especialidades de Vitória da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Esse polo realiza atividades assistenciais em homeopatia, acupuntura, hipnoterapia, e habilitação dos usuários na prática de do-In e meditação (ESPÍRITO SANTO, 2021).

Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, normatizado pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, e redefinido pela Portaria nº 1.707/GM/MS, de 26 de setembro de 2016, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. Esse propósito se concretiza através de espaços públicos de saúde da Atenção Básica dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados - denominados polos.

Além de configurarem-se como potencializadores das ações de cuidados individuais e coletivos na APS e locais de produção de modos de vida saudáveis, os polos podem ser referenciados como espaços de promoção da saúde, prevenção e atenção das DCNT, o que inclui indivíduos obesos ou com sobrepeso.

Esses polos, designados para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa, devem estar localizados na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica e compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Prevenção da obesidade infantil

A maioria dos hábitos da vida adulta começa a ser formado na infância. Logo, a construção de hábitos saudáveis, no início da infância e sua manutenção, ao longo da vida, constitui medida de grande impacto para a prevenção primária de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2022).

A obesidade infantil está associada a maior chance de: morte prematura, manutenção da obesidade e incapacidade na idade adulta. Crianças obesas têm 75% mais propensão ao desenvolvimento da obesidade na adolescência,

enquanto 89% dos adolescentes obesos podem se tornar adultos obesos. (BRASIL, 2021d)

Para maior apropriação sobre a temática, recomendamos a consulta ao Instrutivo para o cuidado da Crianças e do Adolescentes com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da APS: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA1OA==>

As ações de prevenção da obesidade infantil devem, portanto, estar contempladas nas na Linha de cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Adulto. Seguem alguns programas disponíveis nos municípios do estado que podem contribuir para o fortalecimento de hábitos saudáveis na infância.

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos.

A taxa de adesão ao PSE no presente ciclo (2021-2022) é de 92,3% (72 municípios) no território capixaba.

No Termo de Compromisso, pactuado no momento da adesão pelos gestores municipais da saúde e da educação, constam as ações a serem implementadas, quantidade de escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do Programa. Prioriza-se um conjunto de 12 ações - conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais - as quais incluem a promoção da atividade física, a alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil, o que não restringe o município, no ato da adesão, em incluir outras ações que considere oportunas (BRASIL, 2017e).

Programa Proteja

O Proteja é uma iniciativa da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/DEPROS/SAPS/MS) com o propósito de deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças (BRASIL, 2021d).

A participação no projeto implica no compromisso entre os municípios, estados e o Governo Federal para a prevenção e atenção à obesidade infantil, em assumir a obesidade infantil como um problema de saúde pública prioritário e relevante.

Conforme a Portaria GM/MS Nº 1.863, de 10 de agosto de 2021, um conjunto de municípios foram priorizados para a adesão, com incentivo financeiro para apoiar a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito do Proteja.

No Espírito Santo foram contemplados os municípios, a saber: Marilândia, Mimoso do Sul, Muqui, Presidente Kennedy.

A implementação do programa será monitorada por meio dos seguintes indicadores:

- I. número de crianças (0 a 10 anos) com estado nutricional (peso e altura) avaliado;
- II. número de crianças (0 a 10 anos) com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas;
- III. número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças (0 a 10 anos).

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), foi lançada em 2012, fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na Política

Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e na Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), e tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da APS (BRASIL, 2013d).

Para a efetivação da estratégia, os estados e municípios devem se organizar para formar os profissionais da APS por meio de duas ações: formação de tutores e formação de oficinas de trabalho na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2013d).

No que tange às oficinas de trabalho na UBS, o objetivo é levar a discussão sobre a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável aos profissionais da UBS e planejar ações de incentivo à alimentação saudável na infância, de acordo com a realidade do território (BRASIL, 2013d).

É importante que os municípios realizem ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Além disso, devem monitorar, dentre outras ações, o número de crianças menores de dois anos com práticas alimentares registradas nos sistemas de informações da APS, conforme os marcadores de consumo alimentar (BRASIL, 2013d).

ANEXO II

Acompanhamento Pré e Pós-Operatório da Cirurgia Bariátrica no contexto da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do ES

- **Assistência pré-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade**

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

Fase inicial:

1. Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e, quando necessário, pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
2. Indivíduos com IMC 50 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório.
3. 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:

1. Avaliação do risco cirúrgico.
2. Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTP, 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).

- **Assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade:**

Deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses, sendo mais frequente no primeiro ano pós-operatório, incluindo consultas de acompanhamento operatórios e exames para identificação de

possíveis complicações tardias que necessitem de intervenção (Quadro 1) (BRASIL, 2013b).

Quadro 1. Periodicidade de consultas no pós-operatório, especialidades envolvidas e exames necessários.

Periodicidade de consultas no Pós-operatório	Especialidades e Exames necessários
Entre 15 e 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/endocrinologista, psicólogo e nutricionista
No 4º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, 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.
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 HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.	

Fonte: BRASIL, 2013b.

ANEXO III

Indicadores para a linha de cuidado das pessoas com excesso de peso

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação
Estado Nutricional (IMC) por ciclo de vida (crianças de 0 a menores de 5 anos, 5 a < 10 anos, adolescentes (10 a <20 anos), adultos (20 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.
Consumo alimentar por ciclo de vida (crianças de 0 a menores de 5 anos, 5 a < 10 anos, adolescentes (10 a <20 anos), adultos (20 a < 60 anos), idosos (60 anos ou mais) e gestantes (todas as idades).	<ul style="list-style-type: none"> - 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)
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	SISAB	Este indicador deve ser estratificado por faixas etárias: menores de 5 anos, de 5 a 9 anos, adolescentes (10 a 19

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação
	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).		anos), adultos (20 a 59 anos), gestantes, idosos (60 anos e mais)
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	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 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)	
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).	

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Observação
		04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e. 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)	

ASSINATURAS (5)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

RAIANY BOLDRINI CHRISTE JALLES

NUTRICIONISTA - QSS
NEAPRI - SESA - GOVES
assinado em 26/01/2023 09:34:47 -03:00

JOSILENE TEODORO DE JESUS

ENFERMEIRO - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 26/01/2023 10:03:12 -03:00

MARIA ANGELICA CALLEGARIO VIEIRA

CHEFE NUCLEO ESPECIAL FG-CNE
NEAPRI - SESA - GOVES
assinado em 26/01/2023 11:26:35 -03:00

DAYSI KOEHLER BEHNING

GERENTE QCE-03
GEPORAS - SESA - GOVES
assinado em 26/01/2023 13:26:06 -03:00

JOSÉ TADEU MARINO

SUBSECRETARIO ESTADO QCE-01
SSAS - SESA - GOVES
assinado em 26/01/2023 09:43:59 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 26/01/2023 13:26:06 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por RAIANY BOLDRINI CHRISTE JALLES (NUTRICIONISTA - QSS - NEAPRI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-0P5215>