

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE PARA O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



**Agosto
de 2020**



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Bruno Covas

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Edson Aparecido dos Santos

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SMS

Daniela Wenzel

Amanda Tonetto Gonzalez

Josie C. Santos Miranda

COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE-CRS

Rosangela Bezerra Santos

Fernanda Maria de Souza Morales Ferreira

Valéria Marques da Silva Pignata

Giane Santana Alves Oliveira

Cesar Augusto Inoue

Rosa Maria Fontes Lopes

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE-COVISA

Renata Scanferla Siqueira Borges

SUPERVISÕES TÉCNICAS DE SAÚDE - STS

Nilce Rodrigues Magalhães

Mariana Delega de Souza

Camila Yukie Torigoe

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Cintia Clemente de Souza Cesar

Jacqueline dos Santos Mateus Viana

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ATENÇÃO BÁSICA	8
2.1. GESTANTES	8
2.2. CRIANÇAS	11
2.3. ADOLESCENTES	13
2.4. ADULTOS	15
2.5. IDOSOS	17
2.6. QUADRO SÍNTESE	19
3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	20
3.1. ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL	20
3.2. ATENÇÃO HOSPITALAR	20

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população brasileira vem passando por diversas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, que evidenciaram transformações em seu modo de vida. Observou-se rápida transição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população; epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, também, transição nutricional, com queda da desnutrição e aumento do excesso de peso, nas diferentes faixas etárias e classes de renda.

As DCNT são as principais causas de óbito no mundo, sendo estimado cerca de 36 milhões de mortes globais, incluindo 14 milhões de mortes prematuras, e perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. No Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos. Os principais grupos de DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, cânceres e diabetes) possuem fatores de risco modificáveis em comum, entre eles a obesidade que é, simultaneamente, uma doença e um fator de risco para outras DCNT, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país.

Segundo dados do VIGITEL BRASIL (2018), mais da metade da população brasileira maior de 18 anos de idade (55,7%) apresentou excesso de peso (sobrepeso e obesidade) sendo 19,8%, obesidade, com o mesmo padrão seguido pelo município de São Paulo (57,2% e 20%, respectivamente).

Entre as crianças esse cenário não é diferente. Segundo relatório preliminar do SISVAN, no Município de São Paulo, das 201.000 crianças analisadas em 2018, de zero a cinco anos, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, 9,9% apresentaram excesso de peso. Prevalência ainda maior entre crianças de cor parda (11,5%) e negra (14,9%). Nos adolescentes (12-19 anos), a prevalência é de 28,8% de peso, sendo 9,3%, obesidade.

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 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, nutricionais, culturais e políticos. A obe-

sidade envolve, também, complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história.

O padrão alimentar atual identificado por pesquisas nacionais se caracteriza pelo elevado percentual de consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans e sal e pelo baixo consumo de alimentos in natura e minimamente processados. A globalização, o marketing exacerbado de alimentos ultraprocessados, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social.

Este complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde do SUS, em especial para a Atenção Básica, que, pelo maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território, é capaz de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, além de ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral.

A promoção da alimentação adequada e saudável no SUS deve fundamentar-se nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em políticas públicas saudáveis, que estimulem o cuidado com a saúde nutricional e fortaleçam a manutenção dos hábitos saudáveis nos indivíduos em que se encontram dentro dos parâmetros de saúde adequados, com a criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde, a fim de prevenir o sobrepeso e a obesidade.

Por isso, a criação da Linha de Cuidados de Sobrepeso e Obesidade para o município de São Paulo tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e qualificar a atenção aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, assim como orientar ações de promoção da saúde em todos os ciclos de vida para manutenção do peso saudável. promoção de hábitos alimentares saudáveis e de aleitamento materno, sempre que possível, com a presença de nutricionista ou matriciados por este profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: condições crônicas não transmissíveis - versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. São Paulo, 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Série “Boletim ISA Capital 2015”**, editado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação-CEInfo|SMS|PMSP. Boletim N° 6 | Junho 2017 | Versão eletrônica. Disponível Em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_EN.pdf. Acesso em 08/05/2020.

2. ATENÇÃO BÁSICA

2.1 GESTANTES

Para diagnóstico inicial do estado nutricional da gestante é importante conhecer o peso anterior à gravidez (referido pela gestante) ou na ausência deste dado, utilizar o peso no primeiro trimestre como sendo o pré-gestacional.

A avaliação do estado nutricional da gestante envolve o uso de curva que considera a idade gestacional e IMC, utilizando o gráfico desenvolvido por Atalah et al.(1997). São definidos pontos de corte de IMC segundo a idade gestacional para diagnóstico do estado nutricional da gestante (ANEXO 1 e 2).

Gestantes com diagnóstico de excesso de peso devem receber atenção diferenciada, incluindo orientação alimentar, avaliação clínica e laboratorial específica. Deve-se fornecer orientação nutricional com o objetivo de promover o peso adequado e hábitos alimentares saudáveis. No entanto, durante a gestação, não é recomendada a perda de peso e nem dietas de restrição calórica, pois podem afetar o crescimento e desenvolvimento fetal. Para a promoção da alimentação saudável durante a gestação o Ministério da Saúde recomenda os Dez Passos para Alimentação Saudável de Gestantes (ANEXO 2).

Durante a gestação é esperada a ocorrência do ganho de peso devido ao aumento de tecidos maternos e dos produtos da concepção, sendo que a taxa de ganho de peso gestacional recomendada é apresentada a seguir nas Tabelas 1 e 2.

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (kg) total até a 14ª semana	Ganho de peso (kg) semanal no 2º e 3º trimestres (a partir da 14ª semana)	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (IMC < 18,5)	1,0-3,0	0,51 (0,44-0,58)	12,5 - 18,0
Adequado (18,5 ≤ IMC ≤ 24,9)	1,0-3,0	0,42 (0,35-0,50)	11,5 - 16,0
Sobrepeso (25 ≤ IMC ≤ 29,9)	1,0-3,0	0,28 (0,23 - 0,33)	7,0 - 11,5

Fonte: Institute of Medicine (IOM), 2013.

Tabela 2 - Ganho de peso durante a *gestação múltipla* conforme IMC pré-gestacional.

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (kg) total até a 14ª semana	Ganho de peso (kg) total na gestação
< 18,5	Baixo Peso	Não há recomendação por falta de evidências
18,5 - 24,9	Adequado	16,8-24,5
25,0 - 29,9	Sobrepeso	14,1-22,7
≥ 30,0	Obesidade	11,4-19,1

Fonte: Institute of Medicine (IOM), 2009.

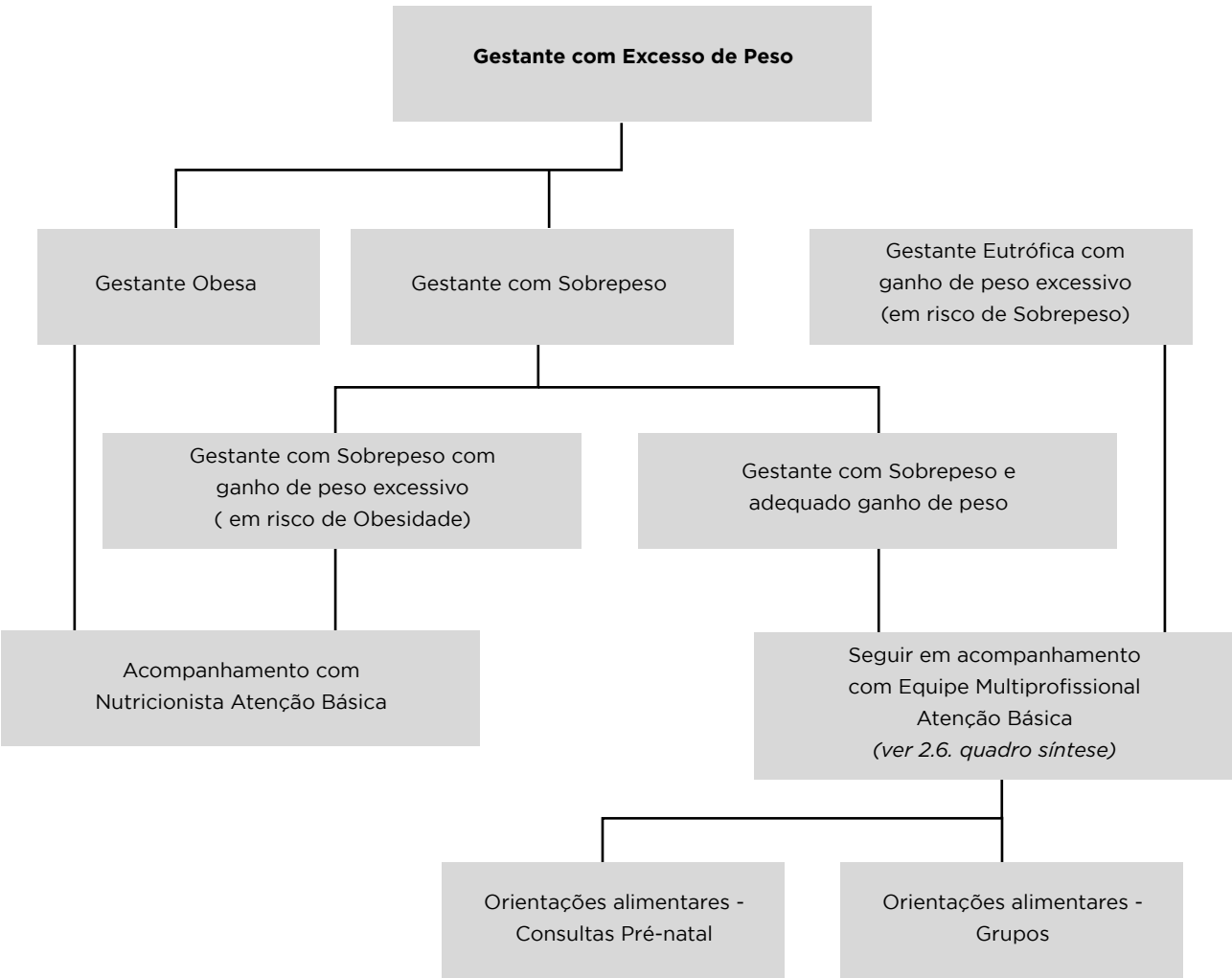
O estado nutricional inicial da gestante adolescente (realizado até a 13ª semana de gestação) deve ser determinado por meio da classificação do IMC específicos para esta população (TABELA 3). O monitoramento do ganho de peso pode ser realizado por meio da Tabela 1. A aferição do peso deve ser feita em todas as consultas e a estatura deve ser aferida, pelo menos a cada trimestre. Após o cálculo do IMC, o registro na curva de acompanhamento também deve ser realizado a cada consulta.

Tabela 3 - Classificação do estado nutricional em adolescentes segundo IMC prégestacional e curvas de crescimento.

Percentil	Escore-z	Diagnóstico Nutricional
< 3	< -2	Baixo Peso
≥ 3 e < 85	≥ -2 e < 1	Adequado
≥ 85 e < 97	≥ 1 e < 2	Sobrepeso
≥ 97	≥ 2	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

Figura 1 - Fluxograma de Atendimento da Gestante com Excesso de Peso



REFERÊNCIAS

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL (US) COMMITTEE TO REEXAMINE IOM PREGNANCY WEIGHT GUIDELINES. **Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines**. Rasmussen K.M., Yaktine A.L. (editores). Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/>. Acesso em 08/05/2020.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL (US). **Implementing guidelines on weight gain and pregnancy**. Washington (DC): The National Academies Press; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília (DF): 2008.

MELO, M. E. **Ganho de peso na gestação**. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO, 2011. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/26/5521b01341a2c.pdf> >. Acesso em: 01 jun. 2019.

ATALAH S. et al. **Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas**. Revista Médica de Chile, 125(12):1429-1436, 1997

2.2. CRIANÇAS

O termo criança compreende todos os indivíduos menores de 10 anos, com diferentes parâmetros e orientações por faixas etárias. O referencial para classificar o estado

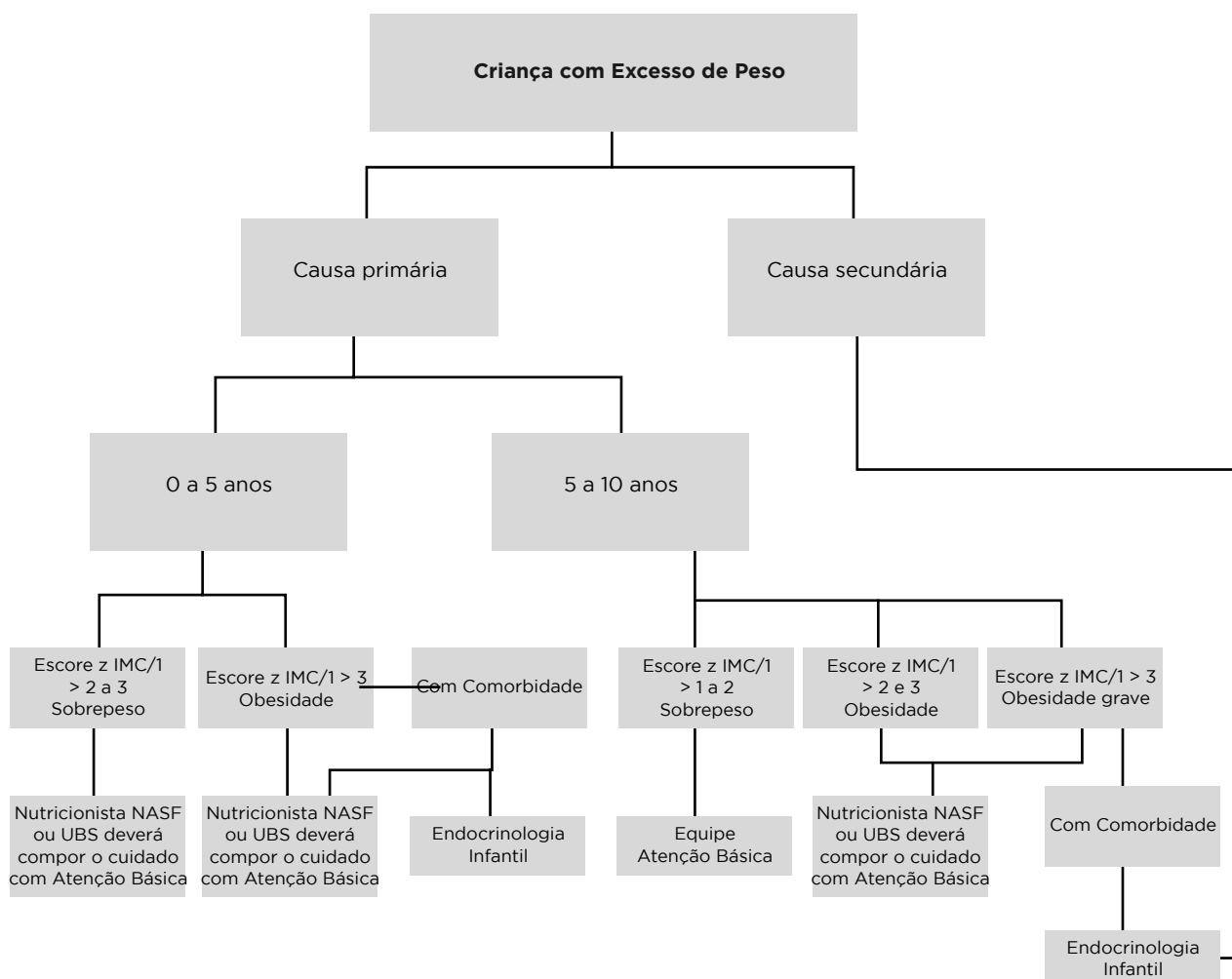
nutricional de crianças menores de 5 anos são as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 e para as crianças de 5 a 10 anos incompletos a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007.

Ao identificar o excesso de peso na criança (ANEXO 3), os profissionais da Atenção Básica já devem iniciar orientações de alimentação saudável, baseadas no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos e o Guia Alimentar para a População Brasileira para maiores de 2 anos e suas famílias, que contém os passos para uma alimentação saudável e abordam quais cuidados e caminhos são recomendados para se alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada (ANEXOS 4 e 5).

É de conhecimento que o aleitamento materno é um fator protetor contra a obesidade. Dentre os possíveis mecanismos está a auto regulação da ingestão energética, a programação metabólica no início da vida e as características genéticas dos pais. Para a prevenção da obesidade as intervenções devem ser realizadas desde o primeiro ano de vida.

Na figura a seguir é apresentado o fluxograma referente ao atendimento de crianças.

Figura 2 - Fluxograma de Atendimento da Criança com Excesso de Peso



REFERÊNCIAS

AZEVEDO, F.R.; BRITO, B.C. **Influence of Nutritional variables and obesity on health and metabolism.** Revista da Associação Médica Brasileira., São Paulo, v. 58, n.6, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na saúde suplementar brasileira.** Rio de Janeiro, 2017.

DEWEY, K.G. **Is breastfeeding protective against child obesity?** Journal of Human Lactation, v. 19, n. 1, p.9-18, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicenter Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development.** Geneva, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.** Brasília, 2019.

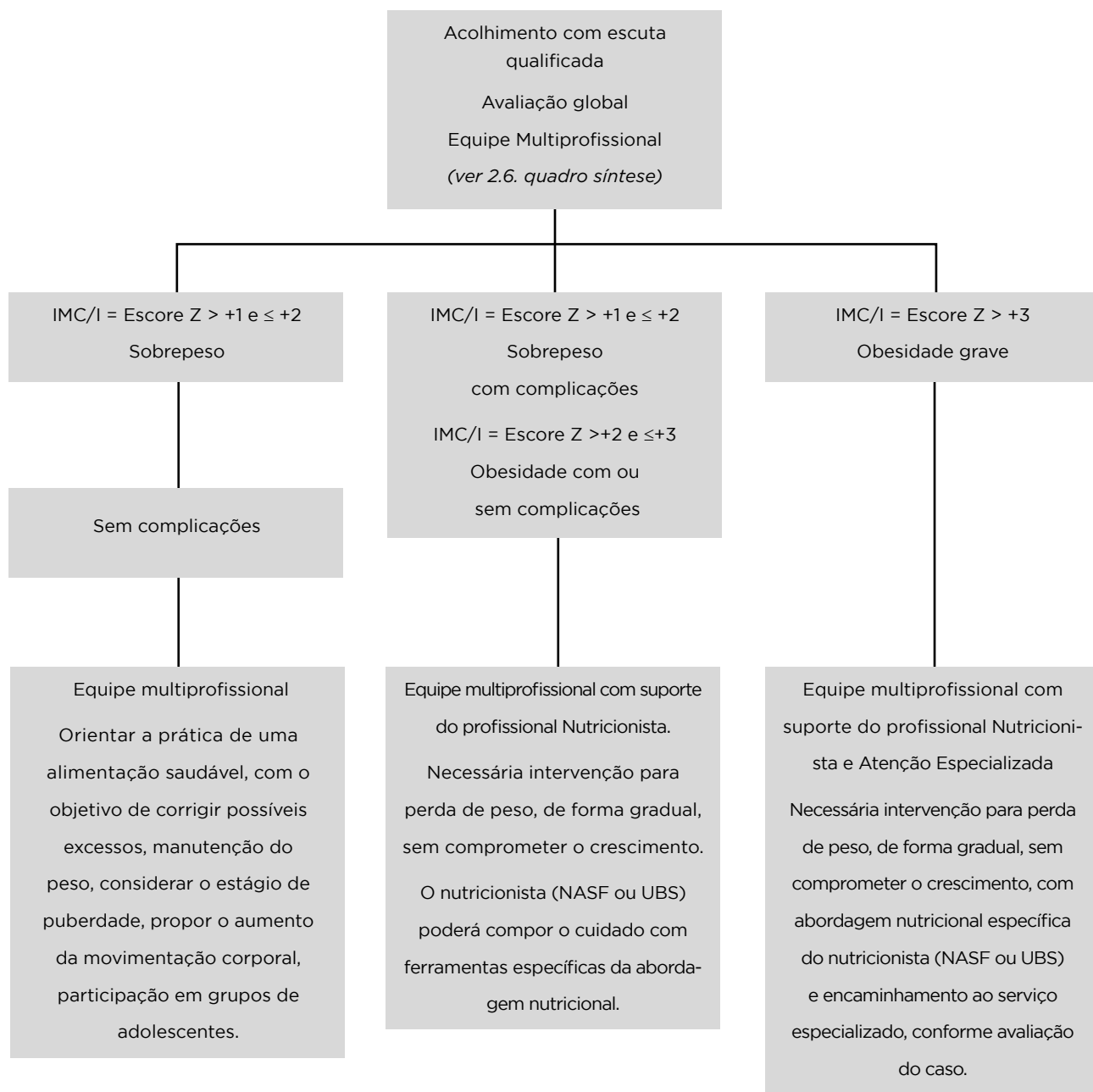
2.3. ADOLESCENTES

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta compreendido entre os 10 e 19 anos, caracterizada por intensas transformações biopsicossociais.

No acompanhamento clínico do adolescente, deve-se considerar o diagnóstico antropométrico (ANEXO 6), fundamentado nas curvas de crescimento da OMS, associado à avaliação do grau de maturação sexual (critérios de Tanner) existindo diferenças de composição corporal entre os sexos e entre os estágios de maturação que afetam as necessidades nutricionais, o crescimento e desenvolvimento. Ao ser classificado com excesso de peso (ANEXO 6), deve-se apresentar ao adolescente e/ou responsável o diagnóstico encontrado, explicar o que representa e fornecer as devidas orientações para cada caso, bem como facilitar o acesso para o cuidado multidisciplinar.

Na figura a seguir é apresentado o fluxograma referente ao atendimento de adolescentes.

Figura 3 – Fluxograma de Atendimento do Adolescente com Excesso de Peso



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Obesidade**. Caderno de Atenção Básica nº 38. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica**. Brasília, 2017.

2.4 ADULTOS

A Atenção Básica, sendo a porta de entrada deverá acolher os usuários adultos que procurarem o serviço com necessidade de perda de peso ou descompensação de alguma doença de base relacionada à alteração de IMC (ANEXO 7) e ter um olhar ampliado e sensível para captar aqueles indivíduos que procuram os serviços por outras queixas e que estão com excesso de peso ou que tiveram ganho de peso excessivo nos últimos meses.

A oferta de atividades/ações de saúde deverá ser conforme a realidade do território, por meio de consultas individuais, ação coletiva (multiprofissional) e atendimento compartilhado. A periodicidade das avaliações deve ser definida pela estratificação de risco, com base nas medidas antropométricas e nas doenças de base presentes. Importante destacar que as ações sugeridas no atendimento multiprofissional devem ser programadas longitudinalmente.

Na figura a seguir é apresentado o fluxograma referente ao atendimento de adultos.

Figura 4 – Fluxograma de Atendimento do Adulto com Excesso de Peso



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 12: Obesidade**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014.

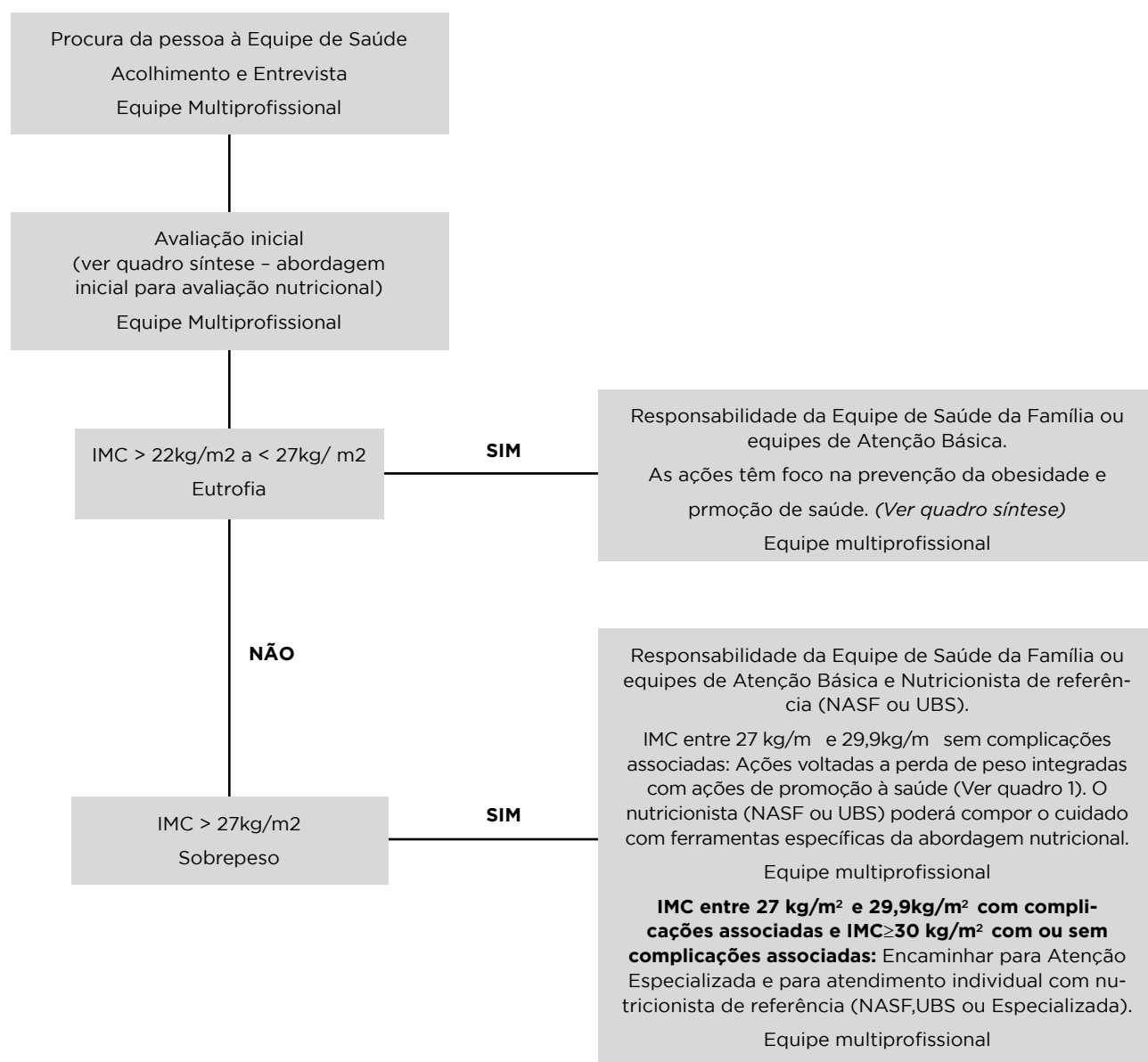
2.5. IDOSOS

O diagnóstico de obesidade no idoso ocorre com a identificação dos dados antropométricos – peso, estatura e IMC (ANEXO 8), associado à presença de comorbidades, muito comum neste ciclo da vida.

A importância da conduta nutricional para o público alvo é abordar medidas de hábitos alimentares saudáveis, levando em consideração a questão da autonomia e associando aos hábitos socioculturais.

Na figura a seguir é apresentado o fluxograma referente ao atendimento de idosos.

Figura 5 – Fluxograma de Atendimento do Idoso com Excesso de Peso



REFERÊNCIAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. **Documento Norteador Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI)**- Anexos. São Paulo, 2016. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ANEXOSDOCNORT_URSI21122016.pdf. Acesso em 20/05/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Technical Report Series, n.854. Geneva, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014.

2.6 QUADRO SÍNTESE

O quadro a seguir traz uma síntese sobre o acompanhamento nutricional nos casos de excesso de peso, em todos os ciclos de vida.

Quadro 1 - Quadro síntese: acompanhamento nutricional nos casos de excesso de peso

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos motivos de contato em casos de demanda espontânea; • Busca ativa. 	Equipe multiprofissional
Avaliação global	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação antropométrica (ANEXO); • Avaliar histórico de alteração de peso corporal recente e antecedentes familiares de obesidade; • Em casos de adolescentes, classificação do estágio de puberdade de acordo com os critérios de Tanner (ANEXO). Considerar a Velocidade de Crescimento (VC/ano) e o possível aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, que não deve ultrapassar 20% em relação ao peso esperado para a altura/idade. Em outros adolescentes, no início do estágio de estirão, pode-se observar um aspecto longilíneo e emagrecido, que não deve ser confundido com o diagnóstico de baixo peso; • Investigar a presença de edemas (ANEXO); • Avaliação dos marcadores de consumo alimentar (ANEXO); • Avaliar a ingestão hídrica; • Avaliar a disponibilidade e variedade de alimentos da família e recursos financeiros de modo a trabalhar o plano de cuidados dentro da realidade da pessoa/família; • Avaliar o nível de atividade física e práticas corporais; • Avaliar o estado emocional (ansiedade, depressão, compulsão ou outras alterações); • Avaliar tabagismo e uso/abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas; • Avaliar grau de autonomia na alimentação; • Avaliar saúde bucal. 	Equipe multiprofissional, com apoio do nutricionista de referência.
Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o resultado da avaliação antropométrica (sobrepeso ou obesidade) e explicar os riscos que representa à saúde; • Em casos de gestantes, definir ganho de peso adequado de acordo com o trimestre; • Orientar hábitos saudáveis com base no Guia Alimentar para a População Brasileira; • Construção conjunta do plano de cuidados: que alimentos reduzir, aumentar ou substituir na alimentação; • Estimular a ingestão de água ao longo do dia, nos intervalos das refeições; • Realizar grupos de promoção e prevenção da saúde, que enfoquem a alimentação saudável; • Estimular a apreciar o sabor dos alimentos, de modo a comer mais lentamente e consequentemente em menores quantidades; • Estimular a realização de práticas corporais e atividades físicas adequadas à pessoa; • Identificar no território grupos e espaços que estimulem a realização das práticas corporais e atividades físicas, como praças e espaços públicos, as unidades básicas de saúde, centros de convivências, centros de esporte e lazer, pólos da academia da saúde e práticas integrativas e complementares; 	Nutricionista de referência, com apoio da equipe multiprofissional.
Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar realização de atividades cotidianas que envolvam as práticas corporais e atividades físicas: evitar destinar muitas horas à telas, fazer percursos curtos a pé, entre outras; • Orientar a leitura da lista de ingredientes e dos rótulos dos alimentos, podendo assim fazer escolha por alimentos mais saudáveis; • Avaliar, quando problematizado recurso financeiro, o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.) e encaminhar para cadastramento no setor responsável, se indicado; • Estabelecer parcerias intersetoriais no cuidado do sobrepeso e obesidade (Secretaria da Educação, Esporte e Lazer, entre outros); • Indicar a procura da equipe de saúde bucal em caso de identificação de problemas; • Compartilhamento com a saúde mental no caso de problemas identificados; • Encaminhamento para nutricionista quando dentro dos critérios do protocolo de encaminhamento (ANEXO). 	Nutricionista de referência, com apoio da equipe multiprofissional

3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

3.1. ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Os pacientes de 16 a 18 anos com escore z IMC/idade $> +3$, adultos que apresentem IMC $> 35\text{kg/m}^2$ com comorbidades (alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas), esgotadas as possibilidades na Atenção Básica e adultos com IMC $> 40\text{kg/m}^2$ devem ser encaminhados para acompanhamento multiprofissional na Atenção Especializada.

A equipe multidisciplinar deve ser composta, minimamente, por nutricionista, psicólogo e médico endocrinologista, trabalhando em articulação com a rede, com encaminhamento de pacientes para os grupos de práticas corporais, PICS e polos da Academia da Saúde do território.

Os pacientes permanecerão em acompanhamento especializado pelo período de 2 anos, sendo o desfecho de encaminhamento para cirurgia bariátrica ou alta da Atenção Especializada para manutenção do acompanhamento na Atenção Básica, definido pela equipe multidisciplinar. Os pacientes com IMC $> 50\text{kg/m}^2$ poderão ser encaminhados para cirurgia bariátrica sem a necessidade de serem acompanhados durante 2 anos, ficando esta decisão a critério da avaliação clínica e multidisciplinar.

3.2. ATENÇÃO HOSPITALAR (CIRURGIA BARIÁTRICA)

A Atenção Hospitalar deve realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Regulação para o procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, organizando o acesso, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde.

O tratamento cirúrgico da obesidade deve estar de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos, no qual integra a uma parte do cuidado para obesidade, que prioritariamente é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, considerando todas as portarias e protocolos da Linha Cuidados das Doenças Crônicas não Transmissíveis e Obesidade.

O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo:

1. Indivíduos que apresentem IMC 50 Kg/m²;
2. Indivíduos que apresentem IMC 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
3. Indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escorez maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir:

A análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional,

clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

Contra indicações para cirurgia bariátrica:

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

Deve ser garantida a assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram o procedimento e organizado o retorno, após 18 meses, dos usuários à assistência multiprofissional na Assistência Especializada Ambulatorial e/ou à Atenção Básica, realizando contrarreferência e comunicando periodicamente às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

É de responsabilidade dos hospitais também a realização de cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, para aqueles com aderência ao acompanhamento pós-operatório, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.

Cabe ao subcomponente da Urgência e Emergência prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

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.