



Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado à Saúde
Célula de Políticas de Rede de Atenção à Saúde

Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade

Fortaleza, CE
Novembro/2024

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho
Secretária da Saúde do Estado

Antônio Silva Lima Neto
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Carla Cristina Fonteles Barroso
Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)

Lauro Vieira Perdigão Neto
Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho
Secretário Executivo Administrativo-financeiro (SEAFI)

Maria Vaudelice Mota
Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

CEARÁ 2024. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)
Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC)

Série: Instrumentos técnicos e informativos para o fortalecimento das Políticas e Cuidado à Saúde

Email: cogecsesa.ce@gmail.com

Ficha técnica

Equipe de elaboração

Coordenação Geral

Maria Vaudelice Mota – Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde – SEAPS/SESA
Luciene Alice da Silva – Coordenadora da Gestão do Cuidado Integral em Saúde- COGEC/SEAPS
Camila Mendes dos Santos – Assessora Técnica COGEC/SEAPS
Raquel Pessoa de Carvalho – Assessora Técnica COGEC/SEAPS
Gleydson Cesar de Oliveira Borges – Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Colaboração

Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde

Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde - Maria do Carmo Aires Ribeiro
Coordenadoria de Atenção Primária - Tereza Odete Vasconcelos Correa Martins
Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde - Karla Deisy Morais Borges

Secretaria de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Coordenadoria de Atenção à Rede de Urgência e Emergência - Eva Vilma Moura Baia
Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde - Francisca de Fátima dos Santos Freire
Coordenadoria das Rede de Atenção à Saúde - Wildson Ronney Rodrigues Bezerra
Superintendência Regional de Saúde Cariri - Maria Salvina Alencar
Superintendência Regional de Saúde Fortaleza – Maria Josane Pereira
Superintendência Regional de Saúde Litoral Leste / Jaguaribe - Michelli da Silva Ribeiro
Superintendência Regional de Saúde Norte - Albertina Iara Nascimento Lopes Superintendência Regional de Saúde Sertão Central - Adelia Holanda Baia Diógenes

Secretaria de Vigilância em Saúde– SEVIG

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP)
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

Unidades Hospitalares

Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar - Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega
Hospital Geral Dr César Cals (HGCC) - Rodrigo Feitosa de Albuquerque Lima Babadopulos
Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) - Sandra Regina Geroldo
Hospital Universitario Walter Cantídio (HUWC) - Virginia Serpa Correia Lima
Hospital Geral de Fortaleza (HGF) - Wladia Gomes de Paula

Instituições Convidadas

Conselho Regional de Nutrição da 11ª Região (CRN11)- Abelardo Barbosa Moreira Lima Neto
Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) - Paula de Oliveira Martins
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - Mariana Albuquerque Pinto
Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia(SBEM) Secção Ceará. Rafaela Vieira Correa
Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IMC	Índice de Massa Corporal
LC	Linha de Cuidado
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	5
1. Introdução	6
2. Objetivos	8
3. Linha do Cuidado	8
4. Cenário Epidemiológico	10
4.1 Obesidade Infantil e na Adolescência	10
4.2 Obesidade em Adultos	10
4.3 Fatores de Risco para sobrepeso e obesidade	10
4.4 Classificação e Diagnóstico de Sobrepeso e Obesidade mediante Índice de Massa Corporal (IMC)	11
4.5 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	11
4.6 Mortalidade prematura por Obesidade	12
4.7 Distúrbios Alimentares	13
5. Competência por nível de atenção à saúde	13
5.1 Atenção Primária em Saúde	13
5.2 Atenção Especializada	14
6. Atenção Multidisciplinar	16
6.1 Compete à equipe multidisciplinar, em se tratando do sobrepeso e obesidade	16
7. Promoção da Saúde, Prevenção e Ações Intersetoriais	17
8. Organização da Rede de Atenção à Saúde para o Cuidado Integral à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade	18
8.1 Pontos de Atenção/referências da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade	20
9. Urgência e Emergência	20
10. Regulação	21
10.1 Telessaúde	21
10.2 Teleconsultoria	21
10.3 Telerregulação	21
11. Tratamento	21
11.1 Tratamento Não Farmacológico	23
11.2 Tratamento Farmacológico e Assistência Farmacêutica	23
11.3 Tratamento Cirúrgico	23
11.4 Indicação e contra-indicação para Cirurgia Reparadora	24
12. Educação Permanente	25
13. Monitoramento e Avaliação	26
Referência Bibliográfica	27
Anexos	31

Apresentação

A Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde, por meio da Coordenadoria de Políticas da Gestão do Cuidado Integral à Saúde, além da formulação das Políticas, é responsável pela produção de instrumentos técnicos (Linhas de Cuidado, Protocolos, Diretrizes, Notas Técnicas, Regulamentos), instrumentos informativos, gerenciais, normativos, entre outros, de acordo com as demandas. Nesse contexto apresenta a Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade.

Linha de Cuidado é uma das estratégias da gestão para organização dos serviços, facilitar o caminho do usuário na rede de saúde em todos os níveis de atenção, de acordo com sua necessidade.

O processo de elaboração de uma Linha de Cuidado é uma construção coletiva, com a participação de todos atores e segmentos diretamente envolvidos, descreve as competências dos níveis de atenção à saúde (Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária), os locais de referência/pontos de atenção os cuidados e encaminhamentos necessários, de acordo com a necessidade identificada.

Espera-se que essa Linha de Cuidado seja um guia norteador para os serviços e aos profissionais da saúde em suas diferentes áreas de atuação e contribua para melhoria do acesso aos serviços de saúde à população cearense.

Maria Vaudelice Mota
Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde

1. Introdução

A obesidade é uma doença crônica, recidivante, multifatorial, possui herança poligênica (nem todos os indivíduos ganham a mesma quantidade de peso quando expostos a dietas hipercalóricas), sendo ainda dependente da interação genes-ambiente (padrões de consumo de alimentos e de estilo de vida, individuais ou familiares). Decorre do acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo e está associada ao desenvolvimento de complicações metabólicas que aumentam o risco para doenças crônicas, como as cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, diversos tipos de câncer (como o de cólon, de reto e de mama), cirrose, entre outras, reduzindo a qualidade e a expectativa de vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, o qual representa um risco significativo à saúde (WHO, 2020). Essa condição, complexa por natureza, engloba dimensões sociais e psicológicas significativas, afetando indivíduos de todas as idades e estratos socioeconômicos.

A OMS destaca que uma grande parcela das mortes prematuras está associada a fatores de risco modificáveis, entre eles a obesidade, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, poluição ambiental e questões relacionadas à saúde mental. Nesse contexto, torna-se imperativo o desenvolvimento de políticas de saúde que promovam ambientes favoráveis às escolhas saudáveis, incentivando a adoção e manutenção de comportamentos benéficos à saúde (OPAS, 2017).

O Ministério da Saúde do Brasil, em 2021, instituiu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, 2021-2030 (Plano de Dant). Esse plano estabelece indicadores e metas específicas para combater os fatores de risco associados às Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT), incluindo medidas relacionadas ao enfrentamento ao sobrepeso e à obesidade, tais como:

- - Aumento em 30% a prevalência de atividades físicas realizadas no tempo livre;
- - Elevação em 30% no consumo de frutas e hortaliças;
- - Redução em 2% a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes;
- - Estagnar o crescimento da obesidade em adultos;
- - Redução do consumo de alimentos ultraprocessados;
- - Redução em 30% do consumo regular de bebidas adoçadas.

Para o ano de 2023, o Ministério da Saúde estima que a obesidade na população brasileira alcançará 26,4%, conforme análise baseada em regressão linear simples. É importante ressaltar que o sobrepeso e a obesidade estão diretamente relacionados a doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias, principais causas de mortalidade no Estado do Ceará.

Índice de Massa Corporal (IMC)

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	< 18,50	Baixo
Eutrófico*	18,50- 24,99	Médio
Sobrepeso	25,00-29,99	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,00 - 34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00 - 39,00	Muito elevado
Obesidade grau III	>40,00	Muitíssimo elevado

Fonte: Adaptado de OMS, 200055, Abeso, 201656; Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal.

*No idoso (≥ 60 anos) o IMC normal é entre 22 - 27 kg/m², pelo risco de sarcopenia (diminuição de massa, força e desempenho muscular e de incapacidade física).

O IMC não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser menos preciso em indivíduos mais idosos, em decorrência da perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em indivíduos com maior massa muscular. Além disso, o IMC não caracteriza a distribuição de gordura

A combinação do IMC e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para uma adequada avaliação clínica

A distribuição de gordura abdominal é influenciada pelo sexo: homem tem, em média, o dobro da quantidade de gordura abdominal em relação à mulher antes da menopausa

Quanto maior a medida da circunferência abdominal, maior o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e mortalidade por todas as causas

Parâmetros de circunferência abdominal que estão relacionados com o risco de morbimortalidade

Circunferência da cintura	Sexo
> 80,0 cm	Para mulheres
> 94,0 cm	Para Homens

Diante desses fatos, torna-se evidente a importância da prevenção e do diagnóstico precoce da obesidade e elaboração de estratégias para promoção da saúde e a redução da morbimortalidade. A obesidade, além de ser fator de risco para diversas doenças, impacta na expectativa e qualidade de vida dos indivíduos, afetando também sua saúde mental.

2. Objetivos

2.1 Geral

Assegurar cuidado integral e contínuo às pessoas com sobrepeso e obesidade (ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação), que devem ser implementadas em todos os níveis de atenção à saúde em todas as etapas do ciclo de vida dos indivíduos.

2.2 Específicos

- Reconhecer a obesidade como problema de saúde pública, multifatorial, que envolve aspectos: econômicos, sociais, culturais, estilo de vida, determinantes sociais, exige ações intersetoriais e não culpabilização da pessoa;
- Ampliar o acesso às Pessoas em todas Regiões de Saúde;
- Regionalizar o cuidado integral às pessoas com sobrepeso e obesidade;
- Orientar os profissionais da saúde no cuidado integral às pessoas com sobrepeso e obesidade;
- Fornecer informações e promover ações educativas aos usuário sobre sua doença e ampliar sua capacidade de autocuidado;
- Estimular hábitos saudáveis, visando melhorar a qualidade de vida da pessoa com obesidade;
- Ofertar apoio diagnóstico e terapêutico para tratamento do sobrepeso e obesidade;

3. Linha de Cuidado

Linha de Cuidado (LC) caracteriza-se por um conjunto de procedimentos, que visa nortear o processo de organização de serviços, de forma a melhorar o acesso à saúde, contemplando informações relevantes a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em todos os níveis de saúde e pontos de atenção.

As LC Podem ser estruturadas de diversas formas: por temas prioritários da saúde (ex: Saúde Mental, Materno infantil, Saúde Reprodutiva), por população específica (população indígena, quilombola), por gênero (homem, mulher), por ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso), por agravos (tuberculose, hipertensão, diabetes), entre outras formas.

A implantação da Linha de Cuidado se dá a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do sistema de saúde no território, para promover a integração da equipe multiprofissional e os encaminhamentos necessários, mediante os fluxos assistenciais estabelecidos. Depende da organização dos serviços, capacidade instalada, apoio logístico, competências e responsabilidades em cada nível de atenção da rede assistencial da saúde, referências locais e regionais e sobretudo, e o cumprimento das pactuações existentes.

A implementação bem sucedida de uma Linha de Cuidado envolve compromisso contínuo com a qualidade e cuidado integral, organização e integração de serviços, processos de trabalho em melhoria contínua visando sempre o bem-estar e a saúde dos pacientes atendidos. Parta tanto, a implantação da Linha de Cuidado (LC) para pessoas com sobrepeso e obesidade deve contemplar entre outros, os seguintes elementos:

- I. Organização dos Serviços:** A estruturação dos serviços de saúde é fundamental para garantir a acessibilidade e a qualidade do atendimento. Isso envolve a adequação das instalações físicas, bem como a otimização dos processos internos.
- II. Recursos materiais e humanos:** A disponibilidade de recursos materiais e a contratação de profissionais qualificados são indispensáveis para a execução da Linha de Cuidado. Isso inclui a aquisição de equipamentos, insumos necessários, além da formação de uma equipe multidisciplinar competente.
- III. Integração das ações e unidades de saúde:** essencial estabelecer uma rede integrada de unidades de saúde, promovendo a responsabilização mútua no cuidado aos pacientes. Essa integração facilita a continuidade do tratamento e o acompanhamento efetivo.
- IV. Interação entre equipes de saúde:** A colaboração e comunicação eficazes entre as diferentes equipes de saúde são essenciais para o sucesso da Linha de Cuidado. Isso permite uma abordagem coordenada e integral no tratamento dos pacientes.
- V. Educação Permanente:** O investimento na atualização de conhecimentos e práticas relacionadas ao cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade.
- VI. Compromissos pactuados e de resultados:** A definição de objetivos claros, pactuação de compromissos visando resultados específicos, monitoramento e avaliação da eficácia da Linha de Cuidado.
- VII. Capacidade Instalada:** A avaliação da capacidade instalada das unidades de saúde, incluindo espaço físico, equipamentos e recursos humanos, é importante para assegurar a adequação às necessidades do cuidado.
- VIII. Sistema de Apoio:** Implementação de um sistema de apoio, englobando Assistência Farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de informação eficiente, é essencial para o suporte ao tratamento e acompanhamento dos pacientes.
- IX. Sistema Logístico:** A organização de um sistema logístico eficiente, que inclua regulação, registro eletrônico/prontuário e transporte sanitário, é crucial para o gerenciamento eficaz da Linha de Cuidado.

4. Cenário Epidemiológico

4.1 Obesidade Infantil e na Adolescência

A prevalência de obesidade tem aumentado de maneira epidêmica entre crianças e adolescentes nas últimas quatro décadas e, atualmente, representa um grande problema de saúde pública no mundo. A obesidade infantil está associada a maior chance de morte prematura, manutenção da obesidade e incapacidade na idade adulta. Crianças com obesidade têm 75% mais chances de se tornarem adolescentes com obesidade, e 89% dos adolescentes com obesidade podem se tornar adultos com a doença (KARTIOSUO, 2019).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2019 (PNS-2019), à nível de Brasil, a prevalência de excesso de peso, estimada para adolescentes de 15 a 17 anos de idade foi 19,4%, que corresponde a um total estimado de 1,8 milhão de pessoas, sendo mais elevada entre os adolescentes do sexo feminino (22,9%) do que entre os do sexo masculino (16,0%). Em relação à obesidade, a prevalência também foi mais elevada, com cerca de 8,0%, entre os adolescentes do sexo feminino do que entre os do sexo masculino (5,4%).

4.2 Obesidade em adultos

Quanto ao **excesso de peso** da população adulta, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019), estimou que mais da metade das pessoas mostrou tal condição (**60,3%**), ou seja, cerca de 96 milhões de pessoas apresentaram $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, indicando uma prevalência maior de excesso de peso entre os adultos do sexo feminino (**63,3%**) do que entre os do sexo masculino (**60,0%**).

Pela mesma pesquisa, a **obesidade**, caracterizada por $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, foi observada em **22,8%** dos homens e em **30,2%** das mulheres. Pessoas obesas representam mais de 1/3 do total de homens com excesso de peso e quase a metade no caso das mulheres com excesso de peso.

4.3 Fatores de risco para sobrepeso e obesidade

O padrão alimentar do brasileiro nas últimas décadas passou por significativas transformações, em que houve redução do consumo de alimentos in natura e minimamente processados e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, esses últimos sendo compostos por vários ingredientes e processados de maneira a produzir alimentos altamente rentáveis, duráveis, convenientes e mais palatáveis; mas, de baixo valor nutricional, com maior densidade energética, maior quantidade de açúcar livre, gordura total, gordura saturada e gordura trans, e menor quantidade de fibras, vitaminas e minerais. Há evidências suficientes para considerar que o consumo desses alimentos se constitui em fator de risco para o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, além de outras condições crônicas (BRASIL, 2021c).

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

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

4.4 Classificação e Diagnóstico de Sobrepeso e Obesidade mediante Índice de Massa Corporal (IMC)

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

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

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 (Anexo I), segundo critérios adotados pelo Ministério da Saúde (MS) disponibilizados na Norma Técnica do SISVAN nas seguintes faixas etárias.

- Crianças menores de 05 anos
- Crianças de 05 a 10 anos;
- crianças dos 10 aos 20 anos incompletos
- Adultos
- Idosos

4.5 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

Para a atenção à criança e ao adolescente com sobrepeso e obesidade, é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A identificação da criança ou do adolescente com excesso de peso pode ser feita em todas as oportunidades em que ela/ ele for à Atenção Primária à Saúde (APS), nas consultas programadas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, durante o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e até na busca ativa feita pela equipe de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2022).

Quando se analisa por Ciclo de Vida, o SISVAN demonstra que o sobrepeso e obesidade atingem mais da metade da população de adultos, idosos e gestantes.

Também com base nos dados do SISVAN referente ao ano de 2022, o Quadro 01 mostra que a prevalência de excesso de peso em menores de cinco anos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, é igual a 10,68% e no grupo de crianças com idade entre 5 e 10 anos é de 15,46%. Entre adolescentes, a prevalência de excesso de peso (32,41%) apresentou um aumento significativo em relação às crianças.

Quadro 01 - Prevalência de sobrepeso e obesidade por ciclo de vida. Ceará, 2022.

Ciclo de vida	Sobrepeso ou obesidade (%)
Criança < 5 anos	10,68 %
Criança de 5 a 10 anos	15,46 %
Adolescente	32,41 %
Adulto	70,1 %
Gestante	57,12 %
Idoso	51,03 %

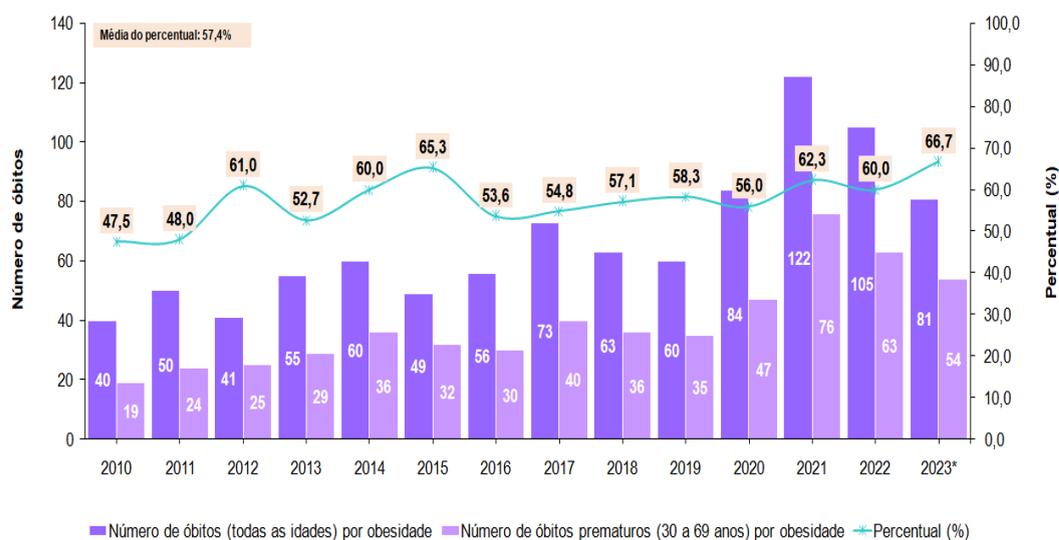
Fonte: Ministério da Saúde/SAPS/e-GestorAB/Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN/Dados extraídos em 01/09/2023.

4.6 Mortalidade prematura por obesidade

No Ceará verificou-se que entre os anos de 2010 a 2023, foram contabilizados 939 óbitos (considerando todas as idades) e 546 óbitos prematuros (30 a 69 anos), tendo como causa básica a obesidade (figura 3).

Com base na série histórica analisada, podemos observar um comportamento oscilante nas curvas da mortalidade de óbitos totais e de óbitos prematuros, mas com tendência de crescimento até o ano de 2021, quando se compara os maiores valores dessas curvas. Ressalta-se que o ano de 2021 evidenciou os maiores números de óbitos (totais e prematuros) dos últimos 14 anos. É importante destacar que o percentual dos óbitos prematuros dentre os demais ocorridos permaneceu em um platô elevado, exibindo uma média de 57,4% ao ano, sendo o ano de 2023 com destaque com maior percentual (66,7%), conforme análise da série histórica.

Figura 3. Percentual de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por obesidade dentre os óbitos ocorridos em todas as idades. Ceará, 2010 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2010 a 2022 consultados no dia 08/02/2024;

*Dados de 2023, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2023.

Nota: Foram considerados os óbitos classificados com o seguinte código da CID-10: obesidade (E66).

4.7 Distúrbios Alimentares

Os transtornos alimentares (TA) são definidos por uma alimentação perturbada por comportamentos inadequados, como episódios de restrição ou compulsão, comportamentos purgativos ou compensatórios e negação ou sentimentos ruins gerados pela ideia de se alimentar, que afetam de forma direta a saúde biopsicossocial do indivíduo acometido, comprometendo a absorção de nutrientes, e alterando os padrões de percepção da realidade, principalmente relacionadas à autoimagem corporal (HILUY et al., 2019). No cenário do sobrepeso e obesidade destaca-se a compulsão alimentar, muitas vezes a raiz do problema, cuja consequência é o ganho de peso e merece abordagem interdisciplinar intensiva.

5. Competências por nível de atenção à saúde

5.1 Atenção Primária em Saúde

As atribuições da Atenção Primária em Saúde (APS) englobam ações de promoção de saúde, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Compete à Atenção Primária à Saúde

- I. Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adscrita, considerando todos os ciclos de vida, estratificando o risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade e ofertar a atenção segundo as necessidades do usuário;
- II. Realizar ações de promoção da saúde, educação alimentar e nutricional e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável, da atividade física e prevenção de ambientes obesogênicos;
- III. Apoiar o autocuidado para a manutenção e recuperação do peso saudável em idade escolar, por profissional psicólogo e nutricionista, integrando ações na área saúde e educação;
- IV. Coordenar o cuidado dos usuários e compartilhar com os outros pontos de atenção, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS;
- V. Elaborar e acompanhar o plano de cuidado do usuário, estabelecendo a comunicação e fluxo de informações entre os pontos de atenção;
- VI. Realizar ações de educação permanente e de educação em saúde;
- VII. Registrar e manter atualizado, entre outros, o Sistema de Informação da Atenção Primária (e-SUS AB);
- VIII. Garantir quantitativo adequado de profissionais da equipe multidisciplinar para suporte ao usuário com sobrepeso e obesidade;
- IX. Acompanhar usuários com sobrepeso e obesidade grau 1 sem comorbidades

5.2 Atenção Especializada

De acordo com a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, a Atenção Especializada compreende, dentre outras, as seguintes ações e serviços constantes em políticas e programas do Sistema Único de Saúde:

- I. Rede de urgência e emergência;
- II. Serviços de reabilitação;
- III. Serviços de atenção domiciliar;
- IV. Rede hospitalar;
- V. Serviços de atenção materno-infantil;
- VI. Serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
- VII. Serviços de atenção psicossocial;
- VIII. Serviços de sangue e hemoderivados
- IX. Atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

No Ceará, as Policlínicas e Centros de Especialidades integram a média complexidade da atenção especializada. A função assistencial é desempenhada por uma equipe multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar e especializada no manejo clínico e reabilitação dos usuários.

Pessoas que apresentam IMC de 30 kg/m² com comorbidades e IMC de 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Primária, devem ser encaminhadas à atenção especializada, para o acompanhamento multiprofissional tanto no pré e no pós-operatório de cirurgia bariátrica quando houver indicação, diagnosticando os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e conduzir a demanda através da regulação para atenção especializada hospitalar (BRASIL, 2013).

Para os usuários com o IMC 40kg/m² com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico por dois anos que tenham seguidos protocolos clínicos na Atenção Primária e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, ou indivíduos com o IMC maior ou igual a 35kg/m² com comorbidades e com falha no tratamento clínico por dois anos ou IMC maior que 50 kg/m² independente da presença ou não de comorbidades, deverá ser encaminhado pela Atenção Primária para Atenção Terciária para avaliação médica da viabilidade de indicação cirúrgica (BRASIL, 2013).

5.2.1 Compete à Atenção Especializada Ambulatorial

- I. Atuar de maneira integrada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde
- II. Identificar as pessoas com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, inserir no plano de cuidados e encaminhar para o serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;
- III. Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Primária no manejo dos casos de sobrepeso e obesidade por meio das funções supervisionadas e educacionais da Atenção Especializada Ambulatorial;
- IV. Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
- V. Realizar o acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;
- VI. Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Primária, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão sendo acompanhados;
- VII. Garantir quantitativo adequado de profissionais da equipe multidisciplinar para suporte ao usuário com sobrepeso e obesidade.

5.2.2 Compete à Atenção Especializada Hospitalar

- I. Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico direcionado ao tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais;
- II. Viabilizar procedimento cirúrgico quando indicado pela equipe multidisciplinar, priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
- III. Prestar assistência terapêutica multiprofissional perioperatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico;
- IV. Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade;
- V. Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos municípios e às equipes de saúde, acerca dos usuários que estão em acompanhamento;
- VI. Garantir quantitativo adequado de profissionais da equipe multidisciplinar para suporte ao usuário com sobrepeso e obesidade;

Atualmente, no Estado do Ceará, existem duas referências hospitalares habilitadas para atendimento de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade grave, que são: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), ambos na Região de Saúde de Fortaleza.

Quadro 02 - Hospitais habilitados para cirurgia bariátrica e cirurgia plástica reparadora no Estado do Ceará.

REGIÃO DE SAÚDE	CNES	UNIDADE/MUNICÍPIO
Fortaleza	2561492	Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC (Fortaleza)
	2499363	Hospital Geral Dr. César Cals - HGCC (Fortaleza)

Fonte: Resolução nº 73/2014 - CIB/CE / Resolução nº 72/2014 - CIB/CE

Quadro 03 - Hospitais não habilitados que realizam cirurgia bariátrica no Estado

REGIÃO DE SAÚDE	CNES	UNIDADE/MUNICÍPIO
Fortaleza	2479907	Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (Fortaleza)

6. Atenção Multidisciplinar

É imprescindível que o paciente com sobrepeso e obesidade receba cuidado multidisciplinar, no contexto da integralidade das ações, em todas as fases e qualquer que seja o nível de atenção.

A Equipe Multiprofissional está inserida na Atenção Primária à Saúde. De acordo com a Portaria GM/MS nº 635/2023, de 22 de maio de 2023 que define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério disponibiliza para habilitação equipes eMULTI do tipo: Ampliada, Complementar e Estratégica, compostas por várias categorias profissionais, dentre elas: Assistente Social, Farmacêutico Clínico, Fisioterapeuta, Profissional de Educação Física, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Médico Dermatologista, Cardiologista, Endocrinologista, Pediatra e Psiquiatra, que podem atuar diretamente na assistência a pessoas com sobrepeso ou obesidade.

A equipe da atenção primária poderá ser composta por **médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, educador físico, cirurgião dentista**. Sugere-se que, de acordo com a avaliação clínica, os profissionais sigam protocolos para auxiliar no acompanhamento, selecionados de acordo com cada especialidade. A avaliação poderá ocorrer em mais de uma sessão.

O acompanhamento na atenção especializada poderá ser composto por cirurgião, clínico ou endocrinologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista, psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.

Compete à equipe multidisciplinar, em se tratando do sobrepeso e obesidade

- I. Auxiliar no diagnóstico de sobrepeso e obesidade e seu subtipo caso solicitado pelo médico;
- II. Realizar estímulos à prática de exercícios físicos e alimentação saudável;
- III. Auxiliar no diagnóstico de sobrepeso e obesidade e seu subtipo caso solicitado pelo médico;
- IV. Contribuir no manejo das complicações decorrentes do sobrepeso e obesidade;
- V. Compor a equipe e contribuir com assistência aos pacientes com sobrepeso e obesidade;
- VI. Exercer atividades de sua área de atuação conforme resoluções dos conselhos profissionais

7. Promoção da Saúde, Prevenção e Ações Intersetoriais

A Promoção da Saúde não se restringe apenas ao setor saúde, deve ser intersetorial em parceria com os diversos setores da sociedade. A intersetorialidade é um processo de construção compartilhada, com os diversos setores envolvidos, que implica em troca de saberes e experiências, pela melhoria da qualidade de vida da população.

Principais ações necessárias para a promoção da saúde, prevenção e ações intersetoriais:

- I. Promoção de hábitos saudáveis: Alimentação saudável, prática regular de atividade física e prevenção, controle do tabagismo, boa qualidade do sono e cuidado à saúde mental;
- II. Ações educativas desenvolvidas na rede de saúde, no cotidiano das escolas, nos ambientes de trabalho dirigidas aos indivíduos e coletividade;
- III. Sensibilização e mobilização da população e profissionais de saúde através de ações como campanhas publicitárias, mobilização, eventos e etc para a adoção de hábitos saudáveis;
- IV. Oferta de alimentação saudável nas escolas (refeitórios e cantinas) e ambientes de trabalho;
- V. Criação de grupos de apoio para motivação e de orientações nutricionais;
- VI. Viabilização de espaços públicos seguros para a prática regular de atividade física e a promoção de atividades físicas em ambientes comunitários.
- VII. Incentivo à plantação de hortas caseiras e comunitárias de frutas e legumes;
- VIII. Adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando as mudanças possíveis, para reduzir excesso de trabalho, estresse, ansiedade;
- IX. Promover, nas unidades de saúde e na comunidade, atividades coletivas que propiciem a atividade física, jogos, caminhadas coletivas, gincanas, trabalhos corporais;
- X. Orientação sobre alimentação saudável, envolvendo toda a família, informando sobre os riscos à saúde;
- XI. Implementação de programas e estratégias voltados ao controle do sobrepeso e obesidade;
- XII. Viabilização de maior acesso da população a alimentos considerados saudáveis;
- XIII. Desestímulo ao consumo de alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas;

Nas ações intersetoriais, faz-se necessário considerar o papel da educação/escola na formação, orientação e modificação de hábitos no domicílio, utilizando o estudante como veículo de informação e bons hábitos. Nesse contexto destaca-se o papel do Programa Saúde na Escola (PSE), que se trata de política intersetorial da Saúde e da Educação voltadas às crianças,

adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, cuja base é a articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde, visando promover saúde e educação integral.

O planejamento do PSE no município deve contemplar as seguintes ações:

1. Saúde ambiental
- 2. Promoção da atividade física**
- 3. Alimentação saudável e prevenção da obesidade**
4. Promoção da cultura de paz e direitos humanos
5. Prevenção das violências e dos acidentes
6. Prevenção de doenças negligenciadas
7. Verificação da situação vacinal
8. Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST
9. Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
10. Saúde bucal
11. Saúde auditiva
12. Saúde ocular
13. Prevenção à covid-19

8. Organização da Rede de Atenção à Saúde para o Cuidado Integral à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade

Os serviços de saúde devem estar organizados de acordo com suas competências por nível de complexidade, a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada e Atenção Hospitalar, dispondo de equipe multiprofissional, sistema de apoio e logística e as condições necessárias que possibilite o atendimento com qualidade

Dentro de cada território, de forma articulada e integrada com os serviços, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve oferecer ações contínuas, longitudinais, colaborativas e efetivas, objetivando uma rede de apoio fortalecida e resolutiva (BRASIL, 2021). As equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) têm um papel importante de articulação com a Atenção Especializada, de forma a desempenhar seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2022).

Quadro 04- Elementos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e o cuidado dos usuários com sobrepeso e obesidade.

Elementos	Ações relacionadas ao cuidado da pessoa com obesidade
Organização da atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none">- Fortalecer o papel da APS como coordenadora do cuidado e articuladora entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde da pessoa com sobrepeso e obesidade;- Reorganização da APS para fortalecimento das demandas programadas;- Garantir comunicação e fluxo de informações de usuários com obesidade nos pontos de atenção;- Garantir integração de eSF e profissionais de outros pontos da rede.- Prover incentivo segundo a qualidade da atenção ofertada

Prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Definir os papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional; - Expandir a abordagem para além do atendimento individual tradicional; - Estratificar casos e ofertar a atenção segundo as necessidades do usuário; - Utilizar a gestão de caso para condições de saúde mais complexas; - Monitorar os indivíduos vivendo com sobrepeso e obesidade para avaliar as intervenções utilizadas, mediante pactuação com o usuário. - Usar ferramentas de educação permanente e de educação em saúde; - Realizar o planejamento das ações por meio de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência; - Envolver profissionais de apoio para suporte às ESF.
Recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar com os programas comunitários efetivos; - Incentivar o uso de espaços (Ex.: praças, Centros de Assistência Social, Academia da Saúde, associações, etc.) e potências do território para realizar ações de cuidado; - Incentivar a prática de horta comunitária para consumo. - Motivar passeios ciclistas, campeonatos de futebol e outras atividades esportivas como prática de atividade física.
Autocuidado apoiado	<ul style="list-style-type: none"> - Enfatizar no papel central dos usuários no gerenciamento de sua própria saúde; - Estímulo ao uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento; - Identificar os problemas, estabelecer prioridades e propor metas, elaborar planos de cuidado em conjunto com o usuário; - Organizar os recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.
Sistemas de informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar informações dos usuários e do território para oferta harmônica e contínua do cuidado; - Utilização rotineira de prontuários clínicos informatizados.

Fonte: BRASIL, 2021.

8.1 Pontos de Atenção/referências da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade

A matriz dos pontos de atenção à saúde, é fundamental, pois identifica um conjunto de serviços e ações necessárias à atenção à pessoa com Sobrepeso e Obesidade.

Quadro 5 - Matriz dos Pontos de Atenção à Saúde da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade

Nível de Atenção	Pontos de Atenção à Saúde
Atenção Primária à Saúde (APS)	Academia da Saúde
	Programa Saúde na Escola (PSE)
	Equipe Saúde da Família (ESF)
	Equipe e-Multi
	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)
	Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)
	Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)
Atenção Ambulatorial Especializada / Média Complexidade	22 Policlínicas Regionais do Ceará
	Urgência e Emergência
Atenção Hospitalar Especializada/ Alta Complexidade	Hospitais Habilitados no tratamento da Obesidade Grave

9. Urgência e Emergência

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, visando organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde, incluindo as agudas ou crônicas agudizadas, sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatologia entre outras.

9.1 Compete à Urgência e Emergência

- I. Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências;
- II. Encaminhar para atenção terciária, se necessário, os indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade ou de pós operatório da cirurgia bariátrica;
- III. Realizar acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

10 Regulação

O acesso às ações e aos serviços referentes ao cuidado das pessoas com excesso de peso é executada por meio da Regulação, que atua de forma estratégica na garantia do acesso do usuário aos serviços de saúde. O primeiro acesso do usuário ao serviço de saúde é a partir da Atenção Primária à Saúde, quando há necessidade de atendimento especializado, este atendimento será regulado.

10.1 Telessaúde

São ferramentas tecnológicas que servem de apoio e suporte técnico para a Atenção Primária à Saúde (APS) com capacidade resolutiva de quem as solicitar, no nível primário, adaptada para as realidades locais.

10.2 Teleconsultoria

Na teleconsultoria, o processo de solicitação e de resposta ocorre entre o médico generalista da saúde primária e um teleconsultor, vinculados a um Núcleo de Telessaúde da SESA. Ocorre na forma assíncrona, sendo mediada por um profissional Telerregulador e obedece ao prazo de 72hs, após o envio da consulta. Existem dois sistemas vinculados a SESA (Sydle e Wapp criptografado- número fornecido, registrado e monitorado pela rede SESA).

Na teleconsultoria, os profissionais podem enviar suas dúvidas referentes aos casos clínicos, exames, fotos, etc. Caso se veja a necessidade de uma consulta presencial com especialista mais urgente, pode-se passar os dados do paciente para o especialista e este consegue priorizar a regulação.

10.3 Telerregulação

A Telerregulação é realizada por médico regulador. Dessa forma, esse processo viabiliza a regulação mais qualificada das solicitações inseridas no sistema, oportuniza o direcionamento do perfil adequado a cada instituição especializada (avaliação do perfil de pacientes de nível secundário e terciário), e prioriza, dando celeridade aos casos mais graves e que demandam atenção de nível terciário.

10.3.1 Benefícios da Telerregulação

- Promove a educação permanente através da interação entre médico especialista e médico da UBS;
- Apoia e orienta a decisão dos médicos das UBS;
- Reduz o tempo de agendamento e regulação das solicitações;
- Aumenta a resolutividade dos casos.

OBS: Pacientes refratários ao tratamento podem ser encaminhados para o setor secundário para melhor avaliação diagnóstica e orientação de tratamento com posterior encaminhamento a unidade de atenção primária à saúde, à atenção especializada ou ao setor terciário, se necessário.

11. Tratamento às pessoas com sobrepeso e obesidade

O tratamento da obesidade demanda múltiplas intervenções e o envolvimento ativo do paciente. Os pilares são: educação alimentar e nutricional, para provocar déficit calórico, estímulo à atividade física rotineira e à mudança do estilo de vida. A base do sucesso do tratamento é a motivação para a perda de peso e adoção de comportamentos de alimentação e prática de atividade física adequados.

O tratamento deve ser centrado no paciente (e nos padrões familiares) e baseado nas suas necessidades de saúde. É importante determinar metas de perda de peso e estratégias de intervenção. As intervenções em população/comunidade específica (indígenas, quilombolas) devem considerar a diversidade de práticas sociais e comunitárias em relação à alimentação, atividade física e sobrepeso, bem como circunstâncias socioeconômicas, que podem diferir dentro de diferentes grupos.

Pequenas reduções do peso (5 a 10%) já estão associadas a melhora das patologias associadas. As intervenções para perda de peso devem partir do racional de alterar o equilíbrio de ingestão e gasto energético, no sentido de fazer um balanço calórico negativo. Neste processo toda a equipe multidisciplinar deve estar envolvida.

Alguns pacientes não estão motivados para o tratamento. O profissional de saúde deve evitar julgamentos, discutir com o paciente as complicações (potenciais ou já instaladas) e estimule o início do tratamento. É preciso atentar que o tratamento da obesidade não tem como objetivo atingir um IMC correspondente à eutrofia. O critério para perda de peso bem-sucedida é a manutenção de uma perda ponderal igual ou superior a 10% do peso inicial após 1 ano. Este percentual já é suficiente para melhorias significativas nos parâmetros cardiovasculares e metabólicos. No entanto, é extremamente difícil manter essa perda de peso a longo prazo, por isso o apoio ao usuário deve permanecer durante todo o tratamento.

Reduções de peso entre 5% a 10% do peso habitual podem não resultar em mudanças de classificação quanto ao estado nutricional do indivíduo, ou seja, ele continuará com sobrepeso ou obesidade. Embora modestos, esses limiares de redução de peso podem resultar em melhorias significativas na redução de fatores de risco para doenças crônicas, como diminuição dos níveis pressóricos, glicêmicos e de triglicérides.

É importante saber que, mesmo o paciente permanecendo com sobrepeso ou obesidade, após esta redução, melhorias em níveis pressóricos, glicêmicos e de triglicérides são identificadas, bem como melhora no funcionamento físico e mobilidade, redução de incontinência urinária, apneia do sono, depressão e qualidade de vida.

O tratamento do sobrepeso e da obesidade deve buscar os seguintes resultados:

- I. Diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra;
- II. Promoção da manutenção de perda de peso;
- III. Impedir ganho de peso futuro;
- IV. Adoção da prática de atividade física regular;

- V. Adoção de hábitos alimentares saudáveis como aumento no consumo de alimentos in natura e minimamente processados e redução no consumo de ultraprocessados;
- VI. Mudança de comportamentos sedentários (muito tempo sentado ou deitado em frente à TV, videogame, com celulares ou tablets);
- VII. Mudança de hábitos alimentares inadequados (comer em frente à TV ou outras telas);
- VIII. Redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabete ou diabete melito);
- IX. Melhorias de outras comorbidades associadas ao sobrepeso (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico etc.);
- X. Indução de melhora psicossomática com recuperação da autoestima;
- XI. Aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Os pacientes devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar de forma integrada: médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, profissional da educação física, cirurgião dentista, psicólogo, de acordo com a necessidade individual e disponibilidade do serviço de saúde.

11.1 Tratamento Não Farmacológico

O tratamento da obesidade deve passar por abordagens relacionadas à adoção de alimentação saudável e prática regular de atividade física na abordagem do cuidado em saúde. Deve-se observar também componentes ambientais, fisiológicos, considerando as possibilidades e limitações de cada pessoa.

11.2 Tratamento Farmacológico

Até o presente momento, não há padronização de medicamentos específicos no âmbito do SUS, para o tratamento de sobrepeso e obesidade. Os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e/ou Relação Estadual de Medicamentos (RESME). Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em adultos, as estratégias não farmacológicas figuram como pilares de tratamento do sobrepeso e da obesidade.

11.3 Tratamento Cirúrgico

A cirurgia bariátrica é um recurso terapêutico oferecido com rigoroso critério e indicações pelos serviços da Atenção Hospitalar após tratamento na Atenção Primária e Atenção Especializada. O acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado por equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

11.4 Indicações e contraindicações para a Cirurgia

Reparadora

A pessoa no pós-operatório poderá ser submetida à cirurgia plástica reparadora, conforme as seguintes orientações:

- I. 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);
- II. Abdominoplastia/ torsioplastia: 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);
- III. 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).

A contraindicação da cirurgia plástica reparadora é a ausência de redução de peso, falta de engajamento ao seguimento pós-operatório e recidiva de peso (Brasil, 2017).

11.4.1 Indicações para a Cirurgia Bariátrica

- I. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m², independente do tempo de tratamento prévio;
- II. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na APS e/ou na AAE, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- III. Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (*pseudotumor cerebri*), estigmatização social e depressão, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

11.4.2 Critérios a serem observados para a Cirurgia Bariátrica

- 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 APS e ou AAE por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- II. 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;
- III. Compromisso consciente do usuário em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

11.4.3 Contra Indicações para a Cirurgia Bariátrica

- I. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;
- II. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciam a relação risco-benefício;
- III. 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;
- IV. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (BRASIL, 2017).

11.4.4 Complicações da Cirurgia Bariátrica

O Estabelecimento de Saúde que acolher o paciente com complicações pós cirurgia deverá estabilizá-lo e entrar em contato com o médico cirurgião que realizou a gastroplastia para definir se tem condições de receber tratamento na unidade acolhedora ou deverá ser encaminhado a um hospital de referência e contactar com a equipe da cirurgia bariátrica responsável pelo procedimento.

12. Educação Permanente

A Educação Permanente em Sobrepeso e Obesidade deverá atender as seguintes ações estratégicas:

- I. Desenvolver educação permanente para os profissionais de saúde visando à melhoria da qualidade da atenção relativo ao sobrepeso e obesidade;
- II. Ampliar as parcerias com as Instituições de Ensino, Centros de Estudos, entidades médicas, para inclusão do tema em questão;
- III. Promover cooperação técnico-científica e pedagógica, para o desenvolvimento de projetos de pesquisa, extensão e ensino com enfoque na temática do sobrepeso e obesidade;
- IV. Qualificar os profissionais em todos níveis de atenção;
- V. Desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento;
- VI. Estimular a produção e a difusão do conhecimento científico e tecnológico e pesquisa na área do sobrepeso e obesidade.
- VII. Produção de material técnico e informativo voltado aos profissionais e população em geral.

13. Monitoramento e Avaliação

Baseado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil para o período de 2021 a 2030, cujos indicadores e metas são específicas para combater os fatores de risco associados às Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT), serão considerados para esta Linha de Cuidado os indicadores listados abaixo:

- | |
|--|
| I. - Cobertura do acompanhamento nutricional do Estado |
| II. - Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados |

Para verificação de atingimento da meta de reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, deverá ser considerada como linha de base as prevalências provenientes do Vigitel 2023 e para o monitoramento serão utilizados os dados das edições futuras do Vigitel. Para os períodos disponíveis, deverão ser utilizados os dados da PNS, em virtude de sua maior abrangência. Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) serão também utilizados para o monitoramento da obesidade na população acompanhada pela atenção primária, considerando todos os ciclos de vida citados.

Referências Bibliográficas

APPOLINARIO, J. C; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 28-31, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 492, de 31 de março de 2007, ANEXO II, normas de credenciamento/habilitação das unidades de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave. Diário Oficial da União 2007, Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt_0492_31_08_2007_com_p.html>. Acesso em: 05 de set. 2023.

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, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União de 15/04/2013, seção 1, Brasília, DF, p. 59, n. 71. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=15/04/2013>>. Acesso em: 05 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013, Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União de 20/03/2013a, seção 1, Brasília, DF, p. 23, n. 54. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2014-05/portaria-_424-doencas-cronicas.pdf>. Acesso em: 26 de jan de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)
ISBN 978-85-334-2121-9

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo 1 do anexo IV diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade, Brasília, 28 set. 2017.

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/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. 234 p. : il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atenc_ao_basica.pdf>. Acesso em: 26/01/2024

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 150 p.: il. ISBN 978-65-5993-072-2. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 55 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf ISBN 978-65-5993-282-5

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) [homepage na internet]. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 05 de setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União de 22/05/2023a, seção 1, Brasília, DF, p. 11, n. 96-b. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/05/2023&jornal=601&pagina=11>>. Acesso em: 01 de nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial de 20/10/2023b, seção 1, Brasília, DF, p.

87, n. 200. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/10/2023&jornal=515&pagina=87>>. Acesso em: 24 de jan. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará/Secretaria Estadual da Saúde. Resolução N°. 72/2014, a Comissão Intergestores Bipartite, do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e considerando: Art. 1°. Aprovar renovação de habilitação do Hospital Geral Dr. Cesar Cals - HGCC (CNPJ N°. 07.954.571/0039-87 e CNES 2499363), instituição pública estadual, como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, para atestar Assistência Especializada de Referência em Cirurgia Bariátrica e Cirurgia Reparadora, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. Art 1°, Fortaleza. Ceará, 2017. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_073_2014.pdf>. Acesso em 05 de setembro, de 2023.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará/Secretaria Estadual da Saúde. Resolução N°. 73/2014, a Comissão Intergestores Bipartite, do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e considerando: Art. 1°. Aprovar renovação de habilitação do Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC (CNPJ N°. 07272636/0002-12 e CNES 2561492), instituição pública federal, como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, para atestar Assistência Especializada de Referência em Cirurgia Bariátrica e Cirurgia Reparadora, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. Art 1°, Fortaleza. Ceará, 2017. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_073_2014.pdf>. Acesso em 05 de setembro, de 2023.=

DUNKER, K. L. L.; ALVARENGA, M. dos S.; ALVES, V. P. de O. Transtornos alimentares e gestação: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, n. 1, p. 60–68, 2009.

Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no adulto / Secretaria de Estado da Saúde – Vitória : [s.n.], 2023. Disponível em:<https://atencaoprimaria.es.gov.br/Media/AtencaoPrimaria/LinhasDeCuidados/Linha%20de%20Cuidado%20Sobrepeso%20e%20Obesidade%20no%20Adulto.pdf>. Acesso em 26 de janeiro 2024.

FRANCO. C. M. FRANCO. T. B. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. s.d. Disponível em :https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em 25 de janeiro 2024.

Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde, 2022.**

HILUY, J.; NUNES, F. T.; PEDROSA, M. A. A.; APPOLINARIO, J. C. Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSm-5 e CID-11. *Debates em Psiquiatria*, v. 9, n. 3, p. 6–13, 30 set. 2019.

KARTIOSUO, N. et al. Predicting overweight and obesity in young adulthood from childhood body-mass index: comparison of cutoffs derived from longitudinal and

cross-sectional data. *The Lancet Child & Adolescent Health*, Cambridge, UK, v. 3, n. 11, p. 795-802, Nov. 2019.

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

Anexos

Anexo 1 - Rastreamento e estratificação de risco do excesso de peso

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.

Classificação do estado nutricional de crianças menores que 05 anos, segundo Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade.

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, 2011.

Classificação do estado nutricional de crianças dos 05 aos 10 anos incompletos segundo Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade.

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, 2011.

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).

Classificação do estado nutricional de crianças dos 10 aos 20 anos incompletos segundo Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade.

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, 2011.

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

Classificação do estado nutricional de adultos segundo Índice de Massa Corporal (IMC).

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Abaixo do peso	<18,50
Eutrófico	18,50 – 24,99
Sobrepeso	25,00 – 29,99
Obesidade grau I	30,00 – 34,99
Obesidade grau II	35,00 – 39,99
Obesidade grau III	≥40,00

Para Idosos (≥ 60 anos de idade): A análise dessa população possui alterações fisiológicas peculiares, portanto o ponto de corte difere da população adulta.

Quadro 06 - Classificação do estado nutricional no idoso segundo Índice de Massa Corporal (IMC).

Classificação	IMC (Kg/m ²)
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥27	Sobrepeso

Fonte: Brasil, 2011

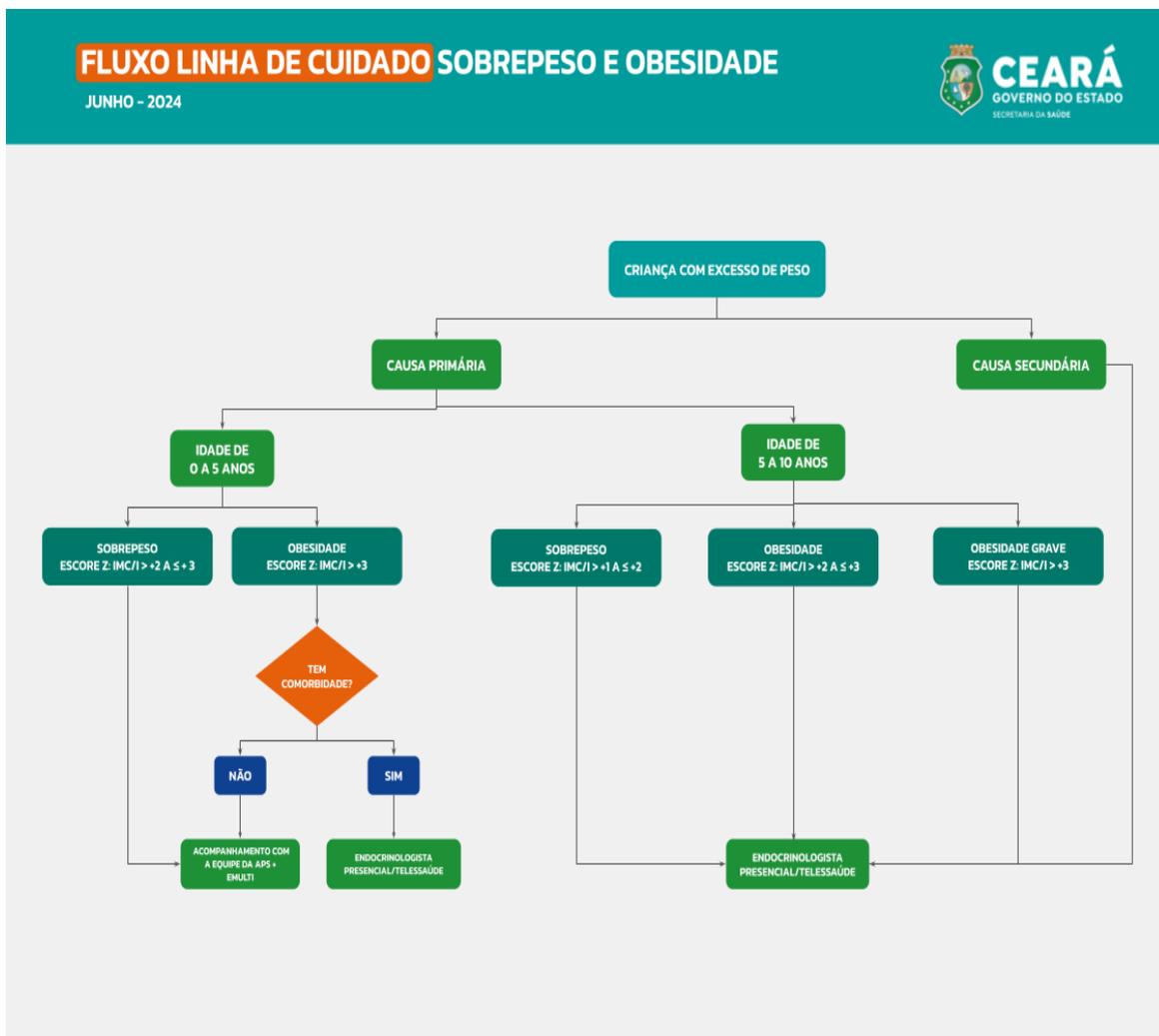
Anexo 2 - Policlínicas Estaduais por Regiões de Saúde.

Equipe Multiprofissional em Policlínicas Estaduais		
Regiões de Saúde	Policlínica/CNES	Equipe Multiprofissional

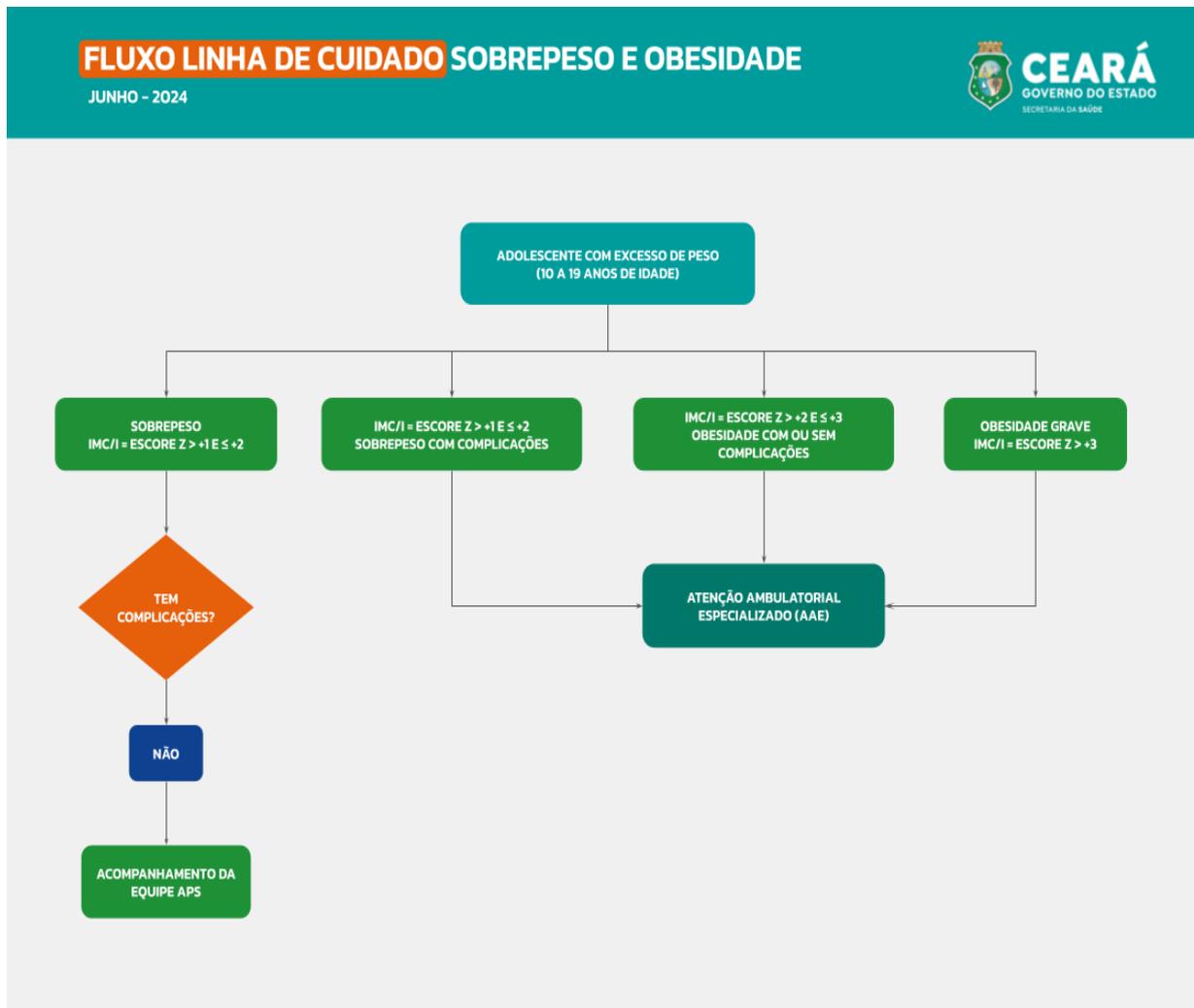
Região de Fortaleza	0978949 - Policlínica Estadual Senador Almir Pinto - Maracanaú	Enfermeiro, Assistente Social, Médico Anestesiologista, Médico Cardiologista, Médico Endocrinologista E Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico E Fisioterapeuta Respiratória e Médico Clínico.
	7398204 - Policlínica Dr José Correia Sales - Caucaia	Angiologista, Assistente Social, Cardiologista, Cirurgia Geral, Médico Clínico, Médico Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta e Psicólogo Clínico.
Região Norte	7469683 - Policlínica Raimundo De Soares Resende - Crateús	Angiologista, Cardiologista, Médico Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta, Psicólogo Clínico e Assistente Social.
	7051123 - Policlínica Bernardo Félix Da Silva - Sobral	Angiologista, Cardiologista, Cirurgia Geral, Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta e Psicólogo Clínico.
	7386257 - Policlínica Dr Francisco Edvaldo Coelho Moita - Tianguá	Angiologista, Cardiologista, Cirurgia Geral, Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta, Assistente Social e Enfermeiro.
	7386257 - Policlínica Coronel Libório Gomes da Silva - Camocim	Cardiologista, Cirurgia Geral, Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta, Assistente Social e Enfermeiro.
Região Litoral Leste Jaguaribe	7382626 - Policlínica Judite Chaves Saraiva - Limoeiro do Norte	Angiologista, Cardiologista, Cirurgia Geral, Médico Clínico, Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta e Enfermeiro.
	7320418 - Policlínica Dr José Martins de Santiago - Russas	Angiologista, Cardiologista, Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo Clínico e Assistente Social.
	7044674 - Policlínica Dr José Hamilton Saraiva Barbosa - Aracati	Cardiologista, Cirurgia Geral, Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Assistente Social, Fisioterapeuta e Enfermeiro.
Região Sertão Central	6632513 - Policlínica Dr Frutuoso Gomes de Freitas - Tauá	Cardiologista, Cirurgia Geral, Médico Clínico, Endocrinologista e Metabologista, Psiquiatria, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo Clínico e Enfermeiro.
	0951021 - Policlínica Frei Lucas Dolle - Canindé	Angiologista, Cardiologista, Endocrinologista e Metabologista, Médico Clínico, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Assistente Social, Fisioterapeuta e Enfermeiro.
	7405529 - Policlínica Francisco Carlos Cavalcante Roque - Quixadá	Angiologista, Cardiologista, Endocrinologista e Metabologista, Fisioterapeuta, Psicólogo Clínico, Enfermeiro e Assistente Social.
Região Cariri	7376928 - Policlínica Dr Sebastião Limeira Guedes - Icó	Cardiologista, Endocrinologista e Metabologista, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Assistente Social, Fisioterapeuta e Enfermeiro.
	7072341 - Policlínica José Gilvan Leite Sampaio - Brejo Santo	Cardiologista, Endocrinologista e Metabologista, Fisioterapeuta, Assistente Social e Enfermeiro.
	7420501 - Policlínica Manoel Carlos de Gouveia - Iguatu	Cardiologista, Cirurgia Geral, Endocrinologista e Metabologista, Médico Clínico, Nutricionista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta e Enfermeiro.
	7403224 - Policlínica Regional João Pereira dos Santos - Barbalha	Angiologista, Cardiologista, Endocrinologista e Metabologista, Psiquiatria, Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta e Enfermeiro.
	0310921 - Policlínica Regional do Crato - Crato	Angiologista, Cardiologista, Endocrinologista e Metabologista, Psiquiatria, Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta e Enfermeiro.

Fonte: Contratos de programas dos Consórcios Públicos de Saúde, 2023.

Fluxo da Linha de Cuidado à Saúde da Criança com Sobrepeso e Obesidade



Fluxo de Atendimento do Adolescente com sobrepeso e obesidade



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf

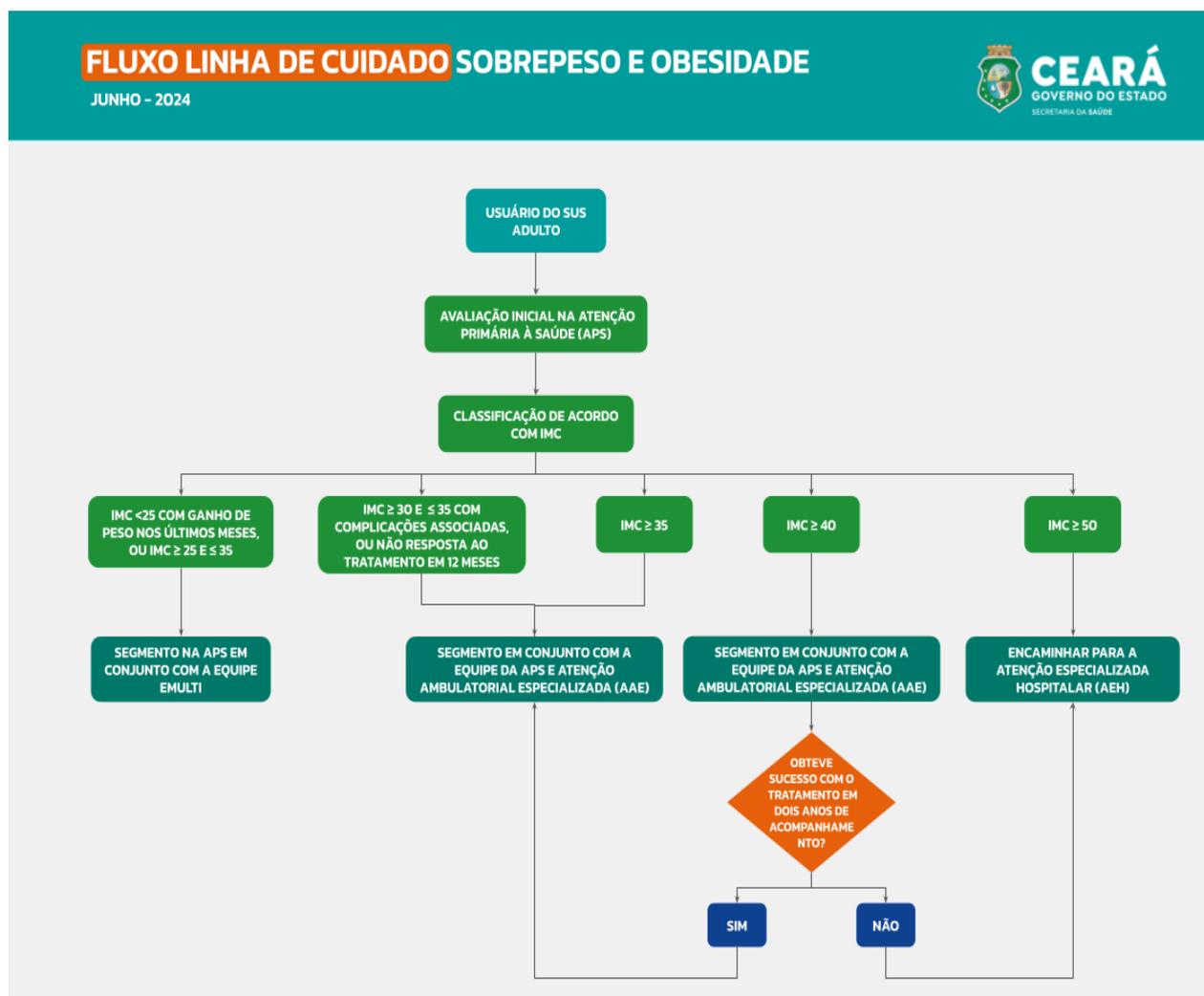
Fonte: BRASIL, 2017a; BRASIL, 2013a (Fluxo adaptado)

Respeitar os limites clínicos de acordo com a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z 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.

Fonte: BRASIL, 2013a.

Fluxo da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa Adulta com Sobrepeso e Obesidade do Adulto



Fonte: Fluxo adaptado da Linha de Cuidado do Ministério da Saúde.

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/>