

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE



Novembro
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

SECRETÁRIA-ADJUNTA
EDJANE MARIA TORREÃO BRITO

CHEFE DE GABINETE
ARMANDO LUIZ PALMIERI

COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
IVANILDA ARGENAU MARQUES

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
MARIA CRISTINA HONÓRIO DOS SANTOS

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS)

DANIELA WENZEL

AMANDA TONETTO GONZALEZ

JOSIE CLEIA 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 (UBS)

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 passou por diversas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, que evidenciaram transformações em seu modo de vida. Mudanças essas, refletidas na rápida transição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população; acompanhada da transição epidemiológica, que apresentou diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); e, também, da transição nutricional, com alta prevalência da desnutrição, com aumento do excesso de peso, nas diferentes faixas etárias e classes de renda.

As DCNT são as principais causas de óbito no mundo, sendo responsáveis por 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. 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 diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país.

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 triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, econômicos, sociais, nutricionais, culturais, políticos, entre outros.

Segundo dados do Vigitel Brasil (2019), mais da metade da população brasileira maior de 18 anos de idade (55,4%) apresentou excesso de peso, sendo 20,3% com quadro de obesidade, mesmo padrão seguido pelo município de São Paulo, que apresenta índices de (55,8% e 19,9%, respectivamente). Entre as crianças esse cenário não é diferente. Segundo relatório preliminar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), das 201.000 crianças analisadas em 2018, com idades 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%). Entre os adolescentes (12-19 anos), 28,8% apresentam excesso de peso, sendo que 9,3% deles com obesidade.

Outro fator relevante é o padrão alimentar atual caracterizado pelo elevado percentual de consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, gorduras saturadas, gorduras trans e sal; e pelo baixo consumo de alimentos in natura e minimamente processados. A globalização, o marketing exacerbado de alimentos ultraprocessados, o consumismo, entre outros fatores contribuem fortemente para o aparecimento da obesidade.

Esse complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial para a Atenção Básica, que, pelo maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território e como ordenadora do cuidado, é capaz de acolher o indivíduo com excesso de peso, e garantir o cuidado integral.

A elaboração de um protocolo para implantação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, para o município de São Paulo, faz-se necessário para: subsidiar os profissionais de saúde, atuantes nos serviços de Atenção Básica (SUS); qualificar a atenção nutricional quanto a prevenção, promoção e cuidado nutricional aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, em todos os ciclos de vida para manutenção do peso saudável; orientar para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, 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 Nº 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 desse dado, utilizar o peso no primeiro trimestre como sendo o pré-gestacional). O peso deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal. A estatura da gestante adulta pode ser aferida apenas na primeira consulta. O estado nutricional é classificado segundo a curva de Índice de Massa Corporal (IMC) para semana gestacional, utilizando o gráfico desenvolvido por Atalah et al. (1997). São definidos pontos de corte de IMC conforme a idade gestacional para diagnóstico do estado nutricional (anexos 1 e 1.1).

Cada gestante deverá ter o ganho de peso de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho de peso ao longo da gestação, faz-se necessário calcular o quanto ganhou e quanto ainda faltará até o final da gestação.

Gestantes com diagnóstico de excesso de peso deverá:

- Receber atenção diferenciada, incluindo avaliação nutricional, e outros procedimentos clínicos e laboratoriais, que completem o diagnóstico nutricional, conforme necessidade de cada gestante. Investigar sobre a obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla e outras circunstâncias que podem confundir o diagnóstico do estado nutricional.
- Receber orientação alimentar com o objetivo de promover o peso adequado e hábitos alimentares saudáveis. Para a promoção da alimentação saudável durante a gestação, o Ministério da Saúde recomenda os Dez Passos para Alimentação Saudável de Gestantes (anexo 2).
- Restringir a diminuição de peso e dietas com restrição calórica, somente com prescrição do nutricionista, pois podem afetar o crescimento e desenvolvimento fetal.

Durante a gestação é esperado maior 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.

Tabela 1 - Ganho de peso durante a gestação conforme IMC pré-gestacional

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (kg) total até a 14 ^a semana	Ganho de peso (kg) semanal no 2 ^o e 3 ^o trimestres (a partir da 14 ^a 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 (IMC ≥ 18,5 a 24,9)	1,0-3,0	0,42 (0,35-0,50)	11,5 - 16,0
Sobrepeso (IMC ≥ 25 a 29,9)	1,0-3,0	0,28 (0,23 - 0,33)	7,0 - 11,5
Obesidade (IMC ≥ 30,0)	0,2-2,0	0,22 (0,17 - 0,27)	5,0 - 9,0

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 14 ^a 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.

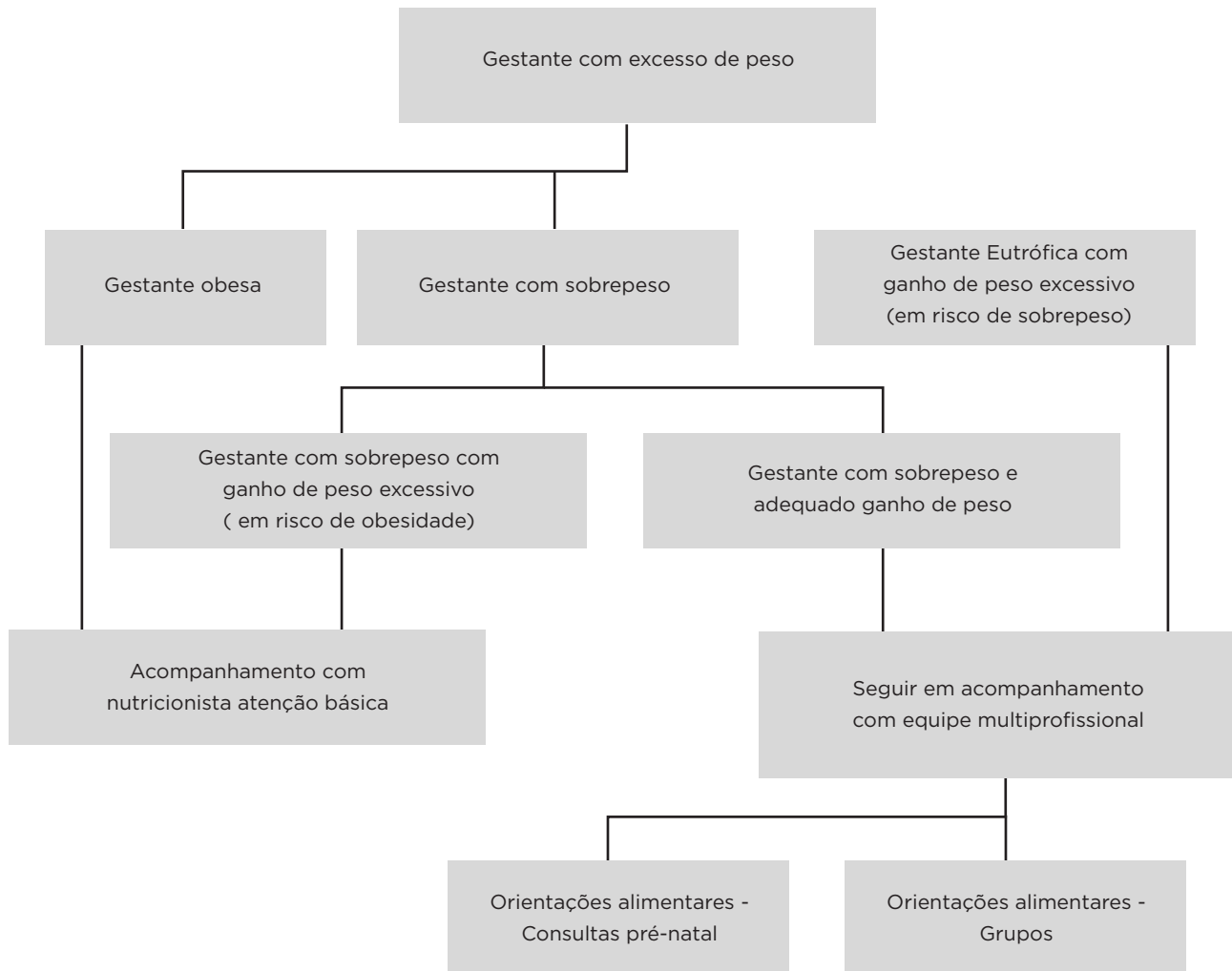
A avaliação do estado nutricional inicial da gestante adolescente (realizado até a 13^a semana de gestação) deve ser determinado por meio da classificação do IMC específico para esta população (tabela 3). O monitoramento do ganho de peso deve ser realizado, segundo classificação apresentada na tabela 1. A aferição do peso deve ser feita em todas as consultas e a estatura verificada, pelo menos, a cada trimestre. É importante que o registro do estado nutricional da gestante seja identificado na curva de acompanhamento nutricional no Cartão da Gestante, como também, no prontuário e inserido (peso e altura aferido nas consultas) no sistema de informação para acompanhamento adequado do desenvolvimento durante toda a gestação.

Tabela 3 - Classificação do estado nutricional em adolescentes segundo IMC pré-gestacional 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 de idade, 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 (OMS) em 2006. Para as crianças de 5 a 10 anos incompletos a referência são as curvas de crescimento da OMS de 2007.

O índice mais utilizado para acompanhar o excesso de peso em crianças, na atenção básica, tem sido o Índice de Massa Corporal (IMC)-para-idade, por expressar a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura, segundo a idade da mesma. É utilizado para identificar o excesso de peso em crianças e tem a vantagem de ser um índice utilizado em outras fases do curso da vida.

Para o cálculo do IMC, é utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Ao identificar o excesso de peso na criança (anexo 3), os profissionais da Atenção Básica devem iniciar orientações de alimentação saudável, baseadas nos 12 passos recomendados pelo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos (anexo

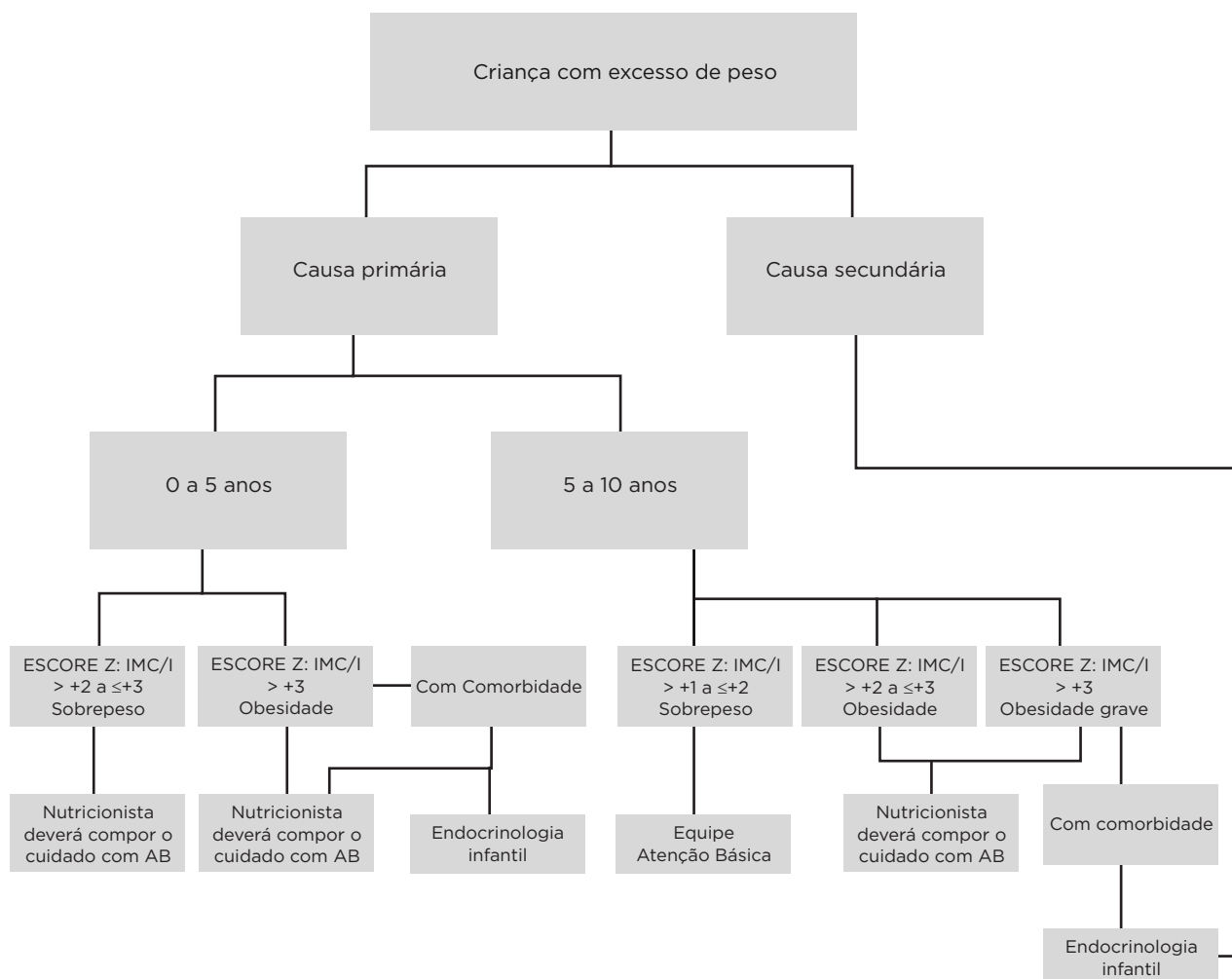
4) e pelos 10 passos do Guia Alimentar para a População Brasileira, que abordam os cuidados e caminhos recomendados para uma alimentação saudável, saborosa e balanceada, ambos do Ministério da Saúde (anexo 5).

Outro fator importante a ser considerado é o aleitamento materno. Por ser protetor para obesidade infantil deve ser incentivado exclusivamente até os seis meses de idade, quando se inicia a introdução alimentar, e; orientado sua continuidade até, pelo menos, dois anos. É na introdução alimentar que se inicia a formação do paladar da criança, essencial para a formação de hábitos alimentares saudáveis para a vida adulta.

É importante que o estado nutricional das crianças seja registrado na caderneta da criança, no prontuário e inserido (peso, altura/estatura e idade) no sistema de informação, para que seja realizado o acompanhamento e monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

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

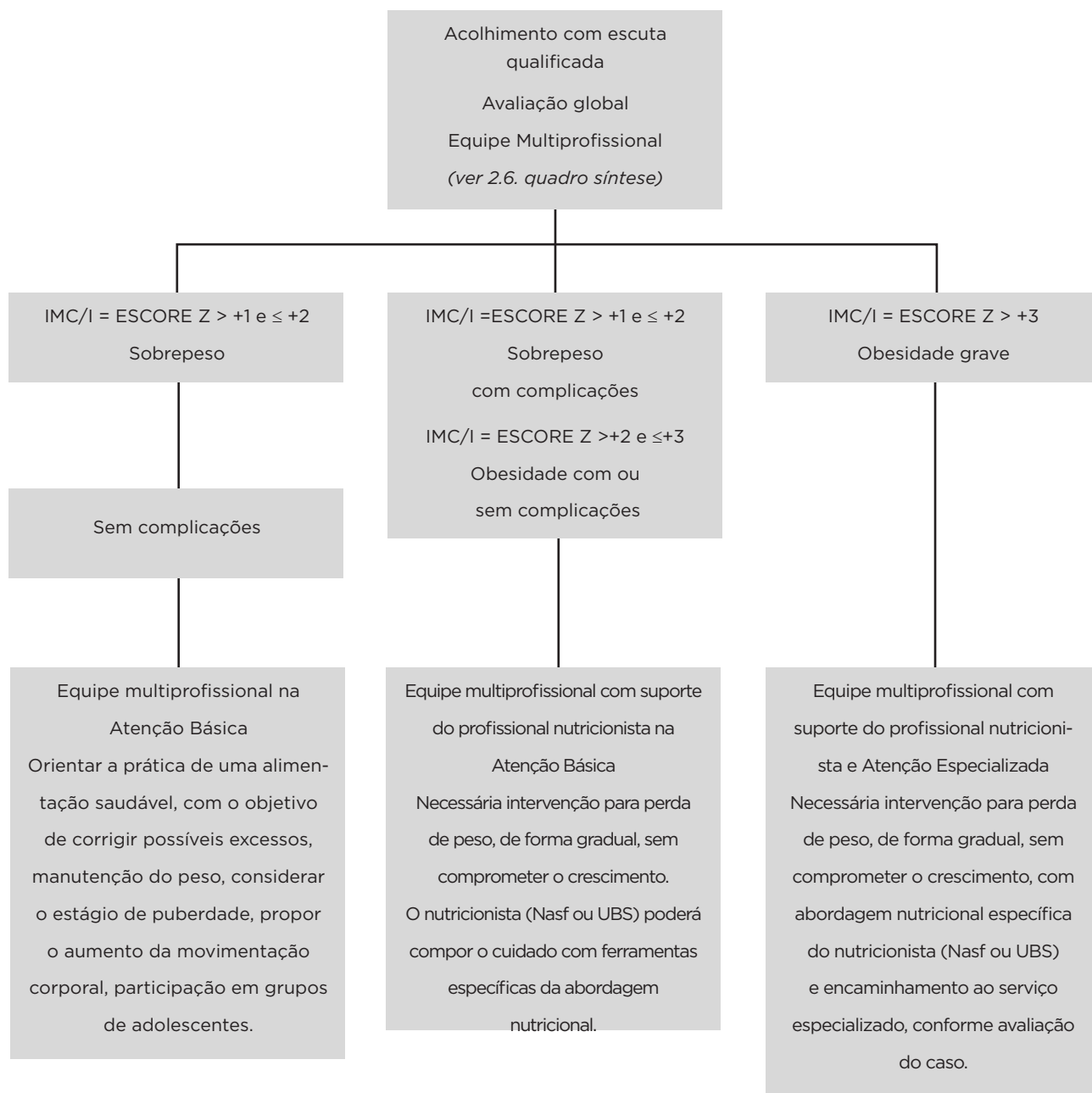
2.3. ADOLESCENTES

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 a avaliação nutricional (anexo 6), fundamentada nas curvas de crescimento da OMS, associado à avaliação do grau de maturação sexual (critérios de Tanner). É importante considerar as diferenças de composição corporal entre os sexos e entre os estágios de maturação que afetam as necessidades nutricionais e o seu crescimento e desenvolvimento.

Após avaliação nutricional do adolescente, o diagnóstico deve ser apresentado ao mesmo, e também, ao responsável; iniciar as orientações necessárias e facilitar o acesso para o cuidado multidisciplinar.

No caso dos adolescentes, esta é uma faixa etária que tende a se afastar da UBS, por isso, é importante considerar algumas estratégias de abordagem, como por exemplo, busca ativa de adolescentes em unidades escolares da rede pública de ensino.

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.

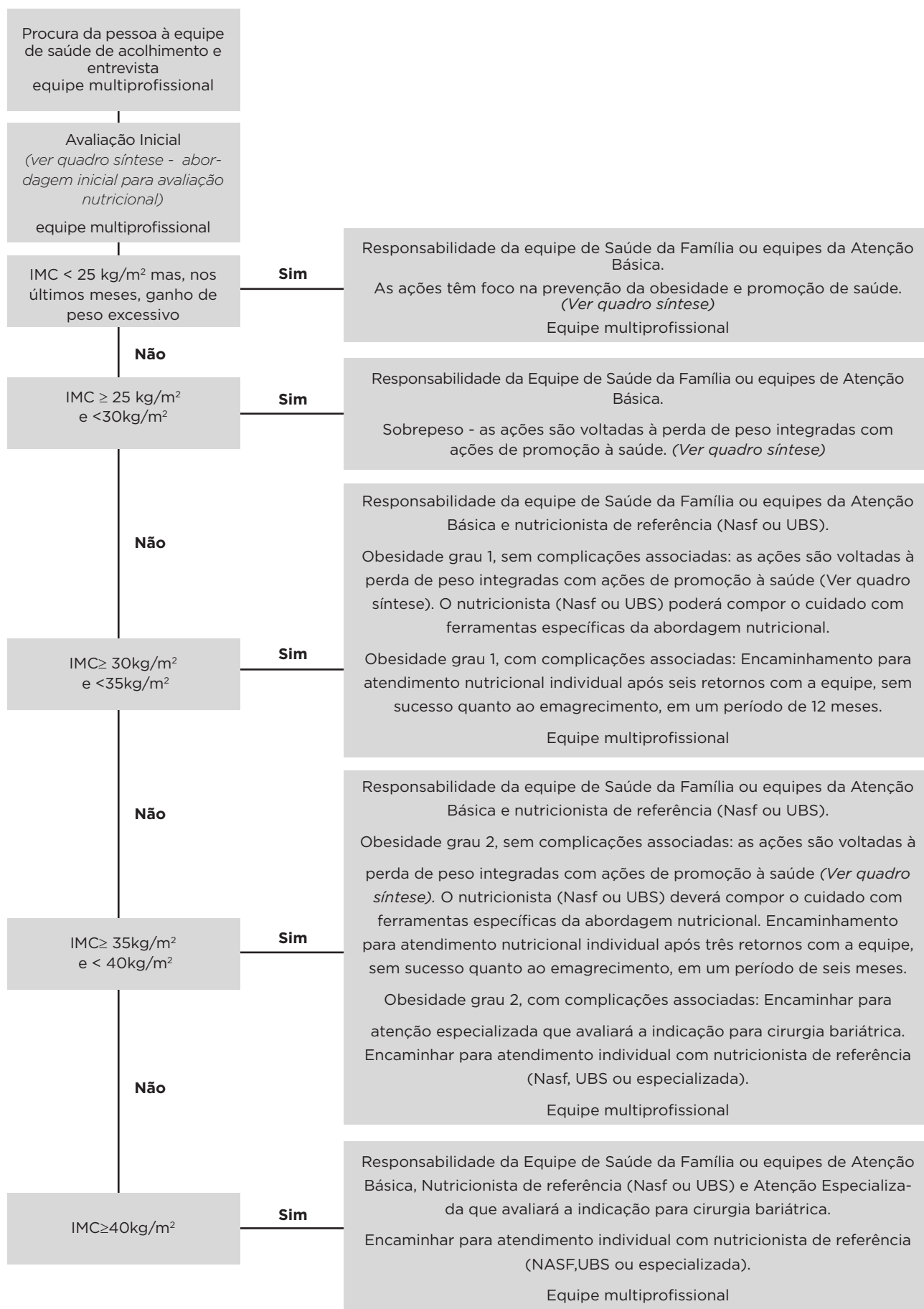
2.4 ADULTOS

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.

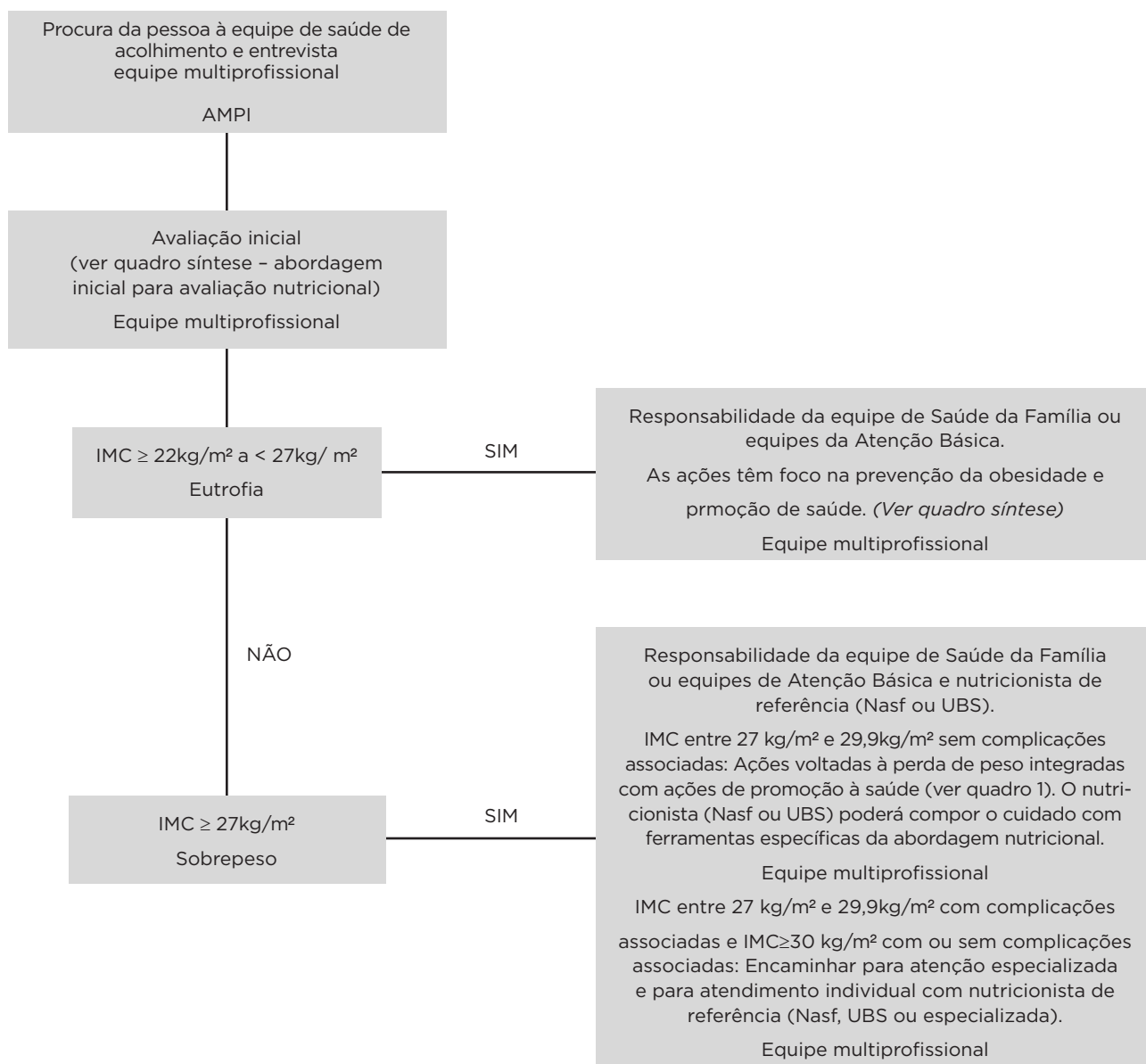
2.5. IDOSOS

O diagnóstico de excesso de peso no idoso ocorre com a identificação dos dados antropométricos – peso, estatura e IMC (anexo 8), associado à presença de comorbidades, muito comum nesse 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; • Avaliar histórico de alteração de peso corporal recente e antecedentes familiares com obesidade; • Em casos de adolescentes, classificação do estágio de puberdade de acordo com os critérios de Tanner. 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; • Avaliação dos marcadores de consumo alimentar; • Avaliar a ingestão hídrica; • Avaliar a disponibilidade e variedade de alimentos da família e re- cursos 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 para adequação alimentar; • 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 conseqüentemente 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, polos da Academia da Saúde e práticas integrativas e complementares; 	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 > 35kg/m² com comorbidades (alto risco cardiovascular, diabetes Mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas), esgotadas as possibilidades na atenção básica e adultos com IMC > 40kg/m² 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 kg/m² 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 pessoa com 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. A cirurgia integra uma linha do cuidado para a pessoa com 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 $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$;
2. Indivíduos que apresentem $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na atenção básica e/ou na atenção ambulatorial especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
3. Indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) 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.

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

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o ESCORE 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. 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 ao suporte 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 Unidade de 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 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.

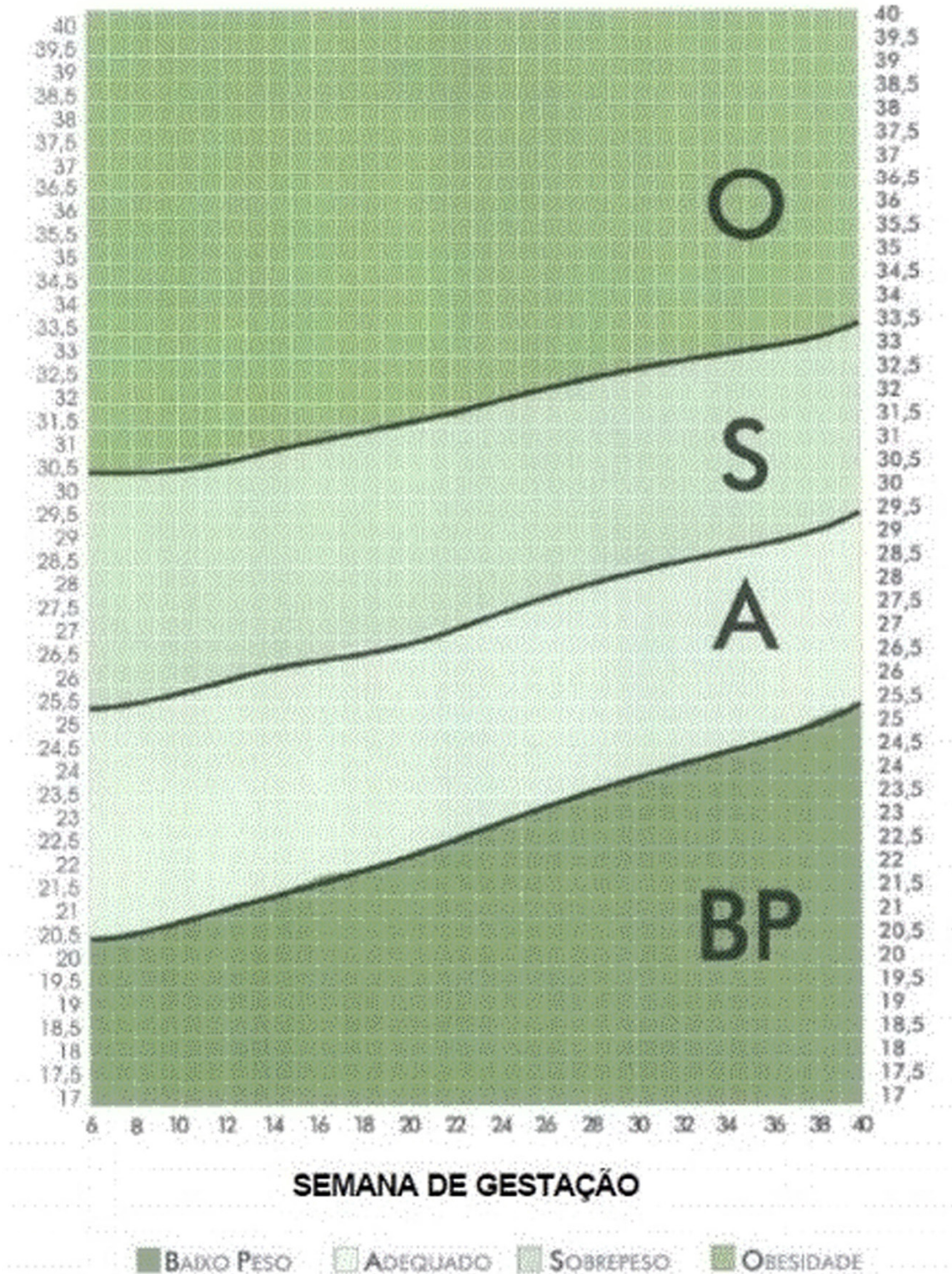
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE

Anexo 1 - Avaliação do estado nutricional conforme o índice de massa corporal (IMC) e a idade gestacional (IG)

SEMANA GESTACIONAL	BAIXO PESO IMC ≤	PESO ADEQUADO PESO ENTRE		SOBREPESO PESO ENTRE		OBESIDADE MC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	224,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	33,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

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

Anexo 1.1 - Curva de IMC para acompanhamento do estado nutricional em gestantes.



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

Anexo 2 - Dez passos para a alimentação saudável da gestante.

Passo 1	Faça, pelo menos, três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos, dois litros (seis a oito copos) por dia;
Passo 2	Inclua diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca, macaxeira eaipim. Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais;
Passo 3	Procure consumir diariamente três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;
Passo 4	Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde;
Passo 5	Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carne, ave, peixe ou ovo. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis;
Passo 6	Diminua o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans;
Passo 7	Evite refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia;
Passo 8	Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos;
Passo 9	Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fortes em ferro, como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma com esses alimentos aqueles que são fontes de vitamina C, como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro;
Passo 10	Mantenha o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientações de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Fonte - BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. 10 passos para a alimentação saudável da gestante. Disponível em <https://www.saude.gov.br/artigos/782-alimentacao-enutricao/41307-passos-pa>

Anexo 3 - Critérios para classificação do estado nutricional, de

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		PESO PARA IDADE	PESO PARA ESTATURA	IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE	PESO PARA IDADE	IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2							
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Peso elevado para a idade	Obesidade	Obesidade grave	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3		Obesidade	Obesidade				

Fonte - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN

Anexo 4 - Doze passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos.

Passo 1	Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses;
Passo 2	Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses;
Passo 3	Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas;
Passo 4	Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno;
Passo 5	Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade;
Passo 6	Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança;
Passo 7	Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família;
Passo 8	Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família;
Passo 9	Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição;
Passo 10	Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família;
Passo 11	Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa;
Passo 12	Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Fonte - 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.

Anexo 5 - Dez passos da alimentação saudável para a população brasileira

Passo 1	Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados;
Passo 2	Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades;
Passo 3	Limite o consumo de alimentos processados;
Passo 4	Evite alimentos ultraprocessados, que são aqueles que sofrem muitas alterações em seu preparo e contêm ingredientes que você não conhece;
Passo 5	Coma regularmente e com atenção. Prefira alimentar-se em lugares tranquilos e limpos e na companhia de outras pessoas;
Passo 6	Faça suas compras em locais que tenham uma grande variedade de alimentos in natura. Quando possível, prefira os alimentos orgânicos e agroecológicos;
Passo 7	Desenvolva suas habilidades culinárias. Coloque a mão na massa, aprenda e compartilhe receitas;
Passo 8	Planeje seu tempo. Distribua as responsabilidades com a alimentação na sua casa. Comer bem é tarefa de todos;
Passo 9	Ao comer fora, prefira locais que façam a comida na hora;
Passo 10	Seja crítico. Existem muitos mitos e publicidade enganosa em torno da alimentação. Avalie as informações que chegam até você e aconselhe seus amigos e familiares a fazerem o mesmo.

Fonte - 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.

Anexo 6 - Classificação do estado nutricional de adolescentes (≥ 10 a < 19 anos)

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE
< Percentil 0,1	< Escore-z -1	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
\geq Percentil 0,1 e < Percentil 3	\geq Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
\geq Percentil 3 e < Percentil 15	\geq Escore-z e < Escore-z -1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
\geq Percentil 15 e \leq Percentil 85	\geq Escore-z -1 e \leq Escore-z +1		
> Percentil 85 e \leq Percentil 97	> Escore-z 1 e \leq Escore-z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e \leq Percentil 99,9	> Escore-z +2 e \leq Escore-z +3	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave	

Fonte - 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, 2008.

Anexo 7 - Classificação do estado nutricional de adultos (≥ 19 a < 60 anos)

ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
IMC	<18 kg/m ²	Baixo peso
	$\geq 18,5$ e < 25 kg/m ²	Eutrófico
	≥ 25 e < 30 kg/m ²	Sobrepeso
	≥ 30 kg/m ²	Obesidade

Fonte - 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, 2008.

Anexo 8 - Classificação do estado nutricional de idosos (≥ 60 anos)

ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
IMC	$< 22 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$\geq 22 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 27 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso

Fonte - 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, 2008.