

LINHA DE CUIDADOS PARA SOBREPESO E OBESIDADE

Palmas, Outubro de 2015



GOVERNADOR

Marcelo de Carvalho Miranda

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Samuel Braga Bonilha

SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Maria Gleyd Brito Chianca Silva

DIRETORA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Margareth Santos de Amorim

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Marudiney Brasil César Rodrigues

GERENTE DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Raquel Marques Soares Santana

GERENTE DE CICLOS DE VIDA

Andrea Siqueira Montalvão

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Andressa Cabral Bezerra

Genine da Silva Barros

Luanna Vieira Rodrigues Mascarenhas

Mirelly khristiane de Azevedo Baldon

Marudiney Brasil César Rodrigues

Paola Cabral Grande Kreuzscher

Suziane Aguiar Crateús

Terezinha de Jesus Pinheiro Franco de Sena

COLABORADORES:

Coordenadoria de Atenção Especializada

Gerência de Média e Alta Complexidade



Apresentação

O presente projeto tem como objetivo subsidiar o processo de implantação da Linha de Cuidados para pacientes com sobrepeso e obesidade no Estado do Tocantins. Constitui-se em um importante instrumento para efetivação, monitoramento e avaliação das ações planejadas.

Neste contexto, apresentamos este projeto desenvolvido a partir do trabalho conjunto do grupo de gestores e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde. Foram incorporadas as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, conforme a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 do Ministério da Saúde. Concomitantemente, também estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade, conforme Portaria Ministerial nº 425, de 19 de março de 2013 e a Portaria nº 670, de 03 de junho de 2015 que altera a Portaria Ministerial nº 425, de 19 de março de 2013.

Desta feita, esperamos que este projeto, seja capaz de subsidiar e fortalecer esse processo, a fim de garantir uma atenção qualificada, resolutiva e humanizada à população tocantinense.



1. Introdução

1.1 Obesidade e Sobrepeso

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o Sobrepeso e a Obesidade é decorrente do acúmulo de gordura no organismo, que está associado a riscos para a saúde, devido à sua relação com várias complicações metabólicas. Pode ser compreendido como um agravo de caráter multifatorial, pois suas causas estão relacionadas a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas.

Trata-se de uma condição crônica e constitui um fator de risco para outras doenças não transmissíveis, como: Cardiovasculares e Diabetes Mellitus. É uma manifestação de Insegurança Alimentar e Nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso de vida.

A determinação multifatorial do sobrepeso e da obesidade está relacionada ao modo de vida das populações modernas, que consomem cada vez mais alimentos processados, energeticamente densos e ricos em açúcares, gorduras e sódio, com uma quantidade de calorias consumidas, além da necessidade individual. Esse desequilíbrio decorre, em parte, pelas mudanças do padrão alimentar aliadas à reduzida atividade física, tanto no período laboral como no lazer.

2. Caracterização do Estado

O Estado do Tocantins possui 277.720,569 Km² de área territorial o que equivale a 3,3% do território brasileiro e 7,2% da Região Norte, com população de 1.496.880 habitantes, e densidade demográfica de 4,98 hab/Km², conforme Estimativa Populacional 2014 /IBGE. Está dividido em 139 municípios, que compõem 08 Regiões de Saúde sendo estas: Região de Saúde de Augustinópolis (Bico do Papagaio), Região de Saúde de Araguaína (Médio Norte Araguaia), Região de Saúde de Guaraí (Cerrado

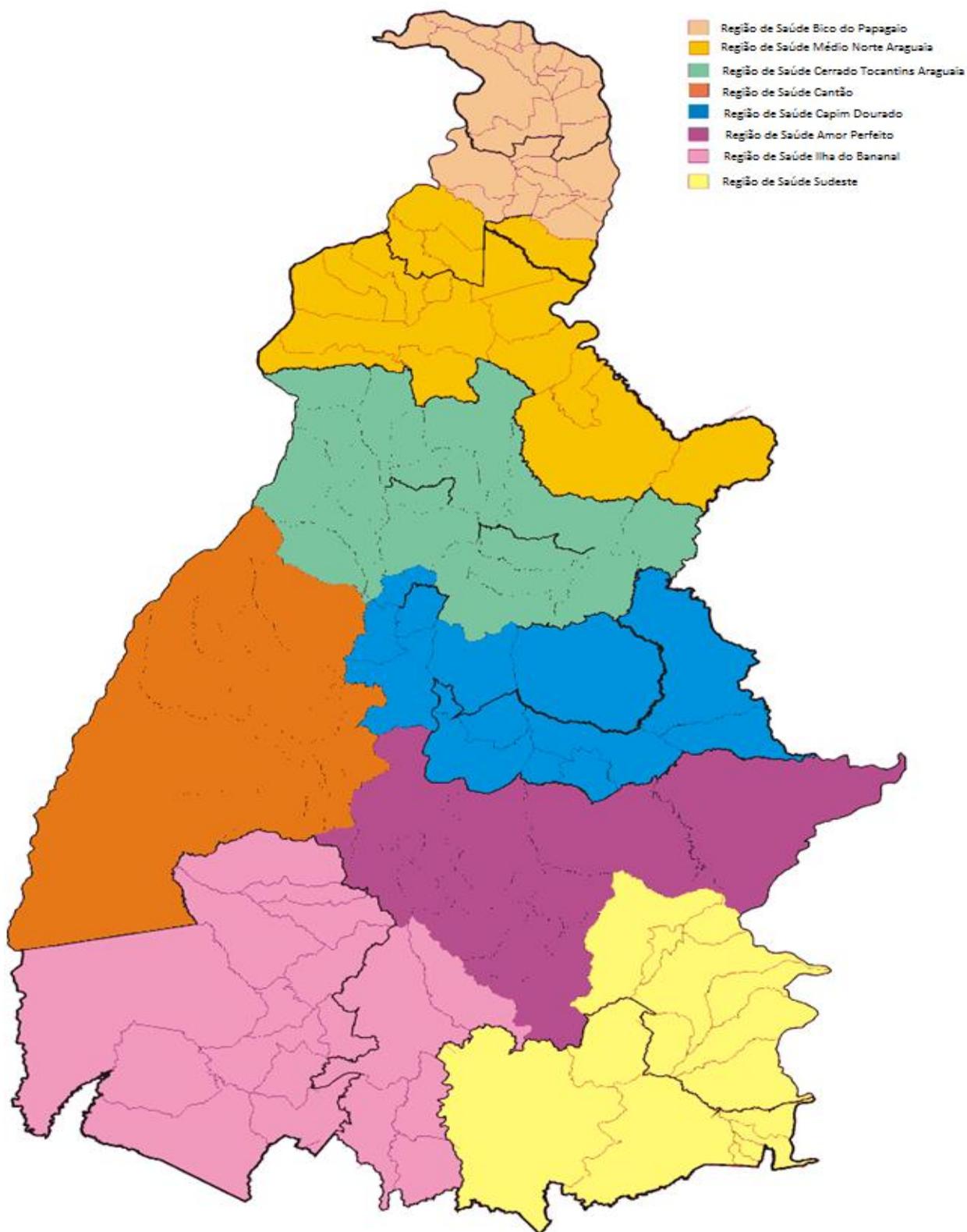


Tocantins Araguaia), Região de Saúde de Paraíso (Cantão), Região de Saúde de Palmas (Capim Dourado), Região de Saúde de Porto Nacional (Amor Perfeito), Região de Saúde de Gurupi (Ilha do Bananal) e Região de Saúde de Dianópolis (Sudeste).

Do total de municípios, 50,4% (70) possuem população inferior a 5.000 habitantes; 42,5% (59) entre 5.000 e 20.000 habitantes e somente 7,1% (10) tem população superior a 20.000 habitantes, dos quais apenas dois municípios possuem população superior a 100.000 habitantes - Palmas e Araguaína (IBGE, 2014).



REGIÕES DE SAÚDE DO TOCANTINS



2.1 Composição das Regiões de Saúde descritas no Mapa:

- **Região de Saúde de Bico do Papagaio:** *Arguanópolis, Ananás, Angico, Araguatins, Augustinópolis, Axixá do Tocantins, Buriti do Tocantins, Cachoeirinha, Carrasco Bonito, Esperantina, Itaguatins, Luzinópolis, Maurilândia do Tocantins, Nazaré, Palmeiras do Tocantins, Praia Norte, Riachinho, Sampaio, Santa Terezinha do Tocantins, São Bento do Tocantins, São Miguel do Tocantins, São Sebastião do Tocantins, Sítio Novo do Tocantins, Tocantinópolis;*
- **Região de Saúde Médio Norte de Araguaia:** Aragominas, Araguaína, Araguanã, Babaçulândia, Barra do Ouro, Campos Lindos, Carmolândia, Darcinópolis, Filadélfia, Goiatins, Muricilândia, Nova Olinda, Pau D'arco, Piraquê, Santa Fé do Araguaia, Wanderlândia, Xambioá;
- **Região de Saúde do Cerrado do Tocantins do Araguaia:** Arapoema, Bandeirantes do Tocantins, Bernardo Sayão, Bom Jesus do Tocantins, Brasilândia do Tocantins, Centenário, Colinas do Tocantins, Colméia, Couto Magalhães, Goianorte, Guaraí, Itacajá, Itapiratins, Itaporã do Tocantins, Juarina, Palmeirante, Pedro Afonso, Pequizeiro, Presidente Kennedy, Recursolândia, Santa Maria do Tocantins, Tupirama, Tupiratins;
- **Região de Saúde Cantão:** Abreulândia, Araguacema, Barrolândia, Caseara, Chapada de Areia, Cristalândia, Divinópolis do Tocantins, Dois Irmãos do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis do Tocantins, Monte Santo do Tocantins, Nova Rosalândia, Oliveira de Fátima, Paraíso do Tocantins, Pium, Pugmil;
- **Região de Saúde de Capim Dourado:** Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins, Tocantínia;
- **Região de Saúde de Amor Perfeito:** Brejinho de Nazaré, Chapada da Natividade, Fátima, Ipueiras, Mateiros, Monte do Carmo, Natividade, Pindorama do Tocantins, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, Santa Rosa do Tocantins, Silvanópolis;



- **Região de Saúde Ilha do Bananal:** Aliança do Tocantins, Alvorada, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Gurupi, Jaú do Tocantins, Palmeirópolis, Peixe, Sandolândia, Santa Rita do Tocantins, São Salvador do Tocantins, São Valério da Natividade, Sucupira, Talismã;
- **Região de Saúde de Sudeste:** Almas, Arraias, Aurora do Tocantins, Combinado, Conceição do Tocantins, Dianópolis, Lavandeira, Novo Alegre, Novo Jardim, Paranã, Ponte Alta do Bom Jesus, Porto Alegre do Tocantins, Rio da Conceição, Taguatinga, Taipas do Tocantins.

2.2 Aspectos Gerais e Condições de Vida da População

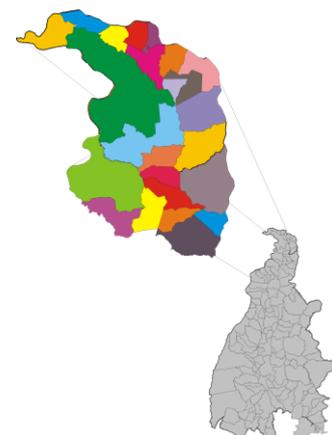
- Nº. de famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família/ESF: 366.171 (SIAB/2014)
- Cobertura da ESF: 88% (SIAB/ABRIL 2015)
- 94,41% da população é usuária do SUS
- Domicílios com rede de abastecimento de água pública: 77,94% (SIAB/2014)
- Domicílios com resíduos coletado: 77,52% (SIAB/2014)
- Domicílios com rede de esgoto: 11,37% (SIAB/2014)
- Domicílios com fossa (qualquer tipo): 77,85% (SIAB/2014)
- Domicílios com energia elétrica: 93,95% (SIAB/2014)
- IDH 1991 (0, 631) a 2000 (0, 721) com aumento de 13,6% de expectativa de vida (Estimativa 2008 – IBGE).
- O Estado possui 07 etnias indígenas distribuídas em 82 aldeias e 15 comunidades quilombolas.



2.3. Caracterização das Regiões de Saúde

Região de Saúde Bico do Papagaio

A Região de Saúde Bico do Papagaio é composta por 24 municípios. A população total da região é de 203.295 habitantes, de acordo com a estimativa populacional do IBGE (2014). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,598 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).



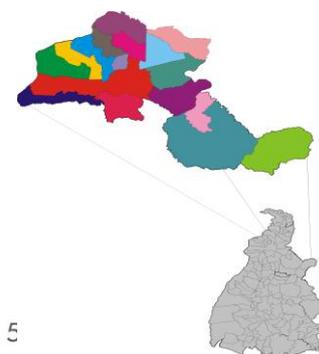
Considerando os indicadores da Área de Alimentação e Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade, de acordo com o índice de massa corporal (IMC):

Ciclo de vida	População avaliada	Sobrepeso	Obesidade
Criança (0 – 10 anos)	18.937	20,77%	5,76%
Adolescente (11 – 19 anos)	12.441	14,04%	4,71%
Adulto (20 – 59 anos)	25.581	32,09%	19,94%
Idoso (60 anos ou mais)	1.071	41,36%	-
Gestante	858	21,33%	12,35%

Fonte: SISVAN/ MS, 2014

Região de Saúde Médio Norte

A Região de Saúde Médio Norte Araguaia é composta por 17 municípios. A população total da região de saúde é de 285.692 habitantes, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE (2014). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,581 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).



Considerando os indicadores da Área de Alimentação e Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade da região:

Ciclo de vida	População Avaliada	Sobrepeso	Obesidade
Criança (0 – 10 anos)	16.294	21,85%	5,99%
Adolescente (11 – 19 anos)	10.706	14,86%	5,08%
Adulto (20 – 59 anos)	21.390	30,78%	19,28%
Idoso (60 anos ou mais)	696	43,10%	-
Gestante	489	19,02%	12,88%

Fonte: SISVAN/ MS, 2014

Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia

A Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia é composta por 23 municípios. A população total da região é de 156.142 habitantes, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE (2014). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,663 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).



Considerando os indicadores da Área de Alimentação e Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade, de acordo com o índice de massa corporal (IMC):

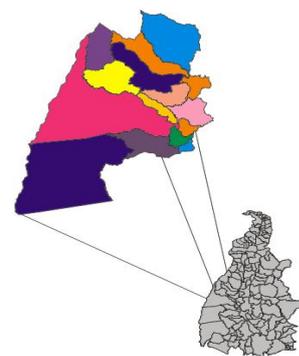


Ciclo de vida	População Avaliada	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Criança (0 – 10 anos)	10.260	23,91	6,84
Adolescente (11 – 19 anos)	6.717	16,09	5,64
Adulto (20 – 59 anos)	14.033	31,21	22,18
Idoso	481	46,15	-
Gestante	423	20,33	13,00

Fonte: SISVAN/ MS, 2014

Região de Saúde Cantão

A Região de Saúde Cantão é composta por 16 municípios. A população total da região é de 125.037 habitantes, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE (2014). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,695 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).



Considerando os indicadores da Área de Alimentação e Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade, de acordo com o índice de massa corporal (IMC):

Ciclo de Vida	População Avaliada	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Criança (0 – 10 anos)	7.943	22,8	6,14
Adolescente (11 – 19 anos)	5.082	14,76	6,71
Adulto (20 – 59 anos)	10.655	32,25	20,99
Idoso (60 anos ou mais)	666	46,10	-
Gestante	612	25,98	14,54

Fonte: SISVAN/ MS, 2014



Região de Saúde Capim Dourado

A Região de Saúde Capim Dourado é composta por 14 municípios. A população total da região é de 341.238 habitantes, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE (2014). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,669 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).



Considerando os indicadores da Área de Alimentação e Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade, de acordo com o índice de massa corporal (IMC):

Ciclo de Vida	População Avaliada	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Criança (0 – 10 anos)	15.674	22,55	6,36
Adolescente (11 – 19 anos)	8.767	15,81	5,49
Adulto (20 – 59 anos)	17.468	32,67	21,35
Idoso (60 anos ou mais)	1075	39,35	-
Gestante	1484	23,11	11,66

Fonte: SISVAN/ MS, 2014

Região de Saúde Amor Perfeito

A Região de Saúde Amor Perfeito é composta por 12 municípios. A população total da região é de 107.901 habitantes, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE (2014). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,664 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).



Considerando os indicadores da Área de Alimentação e



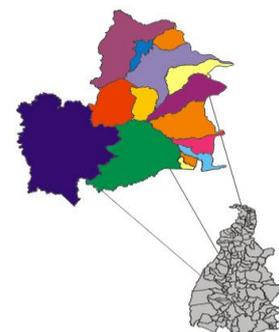
Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade, de acordo com o índice de massa corporal (IMC):

Ciclo de Vida	População Avaliada	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Criança (0 – 10 anos)	7.767	21,68	6,12
Adolescente (11 – 19 anos)	5.281	15,91	6,91
Adulto (20 – 59 anos)	11.499	33,24	25,27
Idoso (60 anos ou mais)	667	44,08	-
Gestante	559	24,33	15,74

Fonte: SISVAN/ MS, 2014

Região de Saúde Ilha do Bananal

A Região de Saúde Ilha do Bananal é composta por 18 municípios. A população total da região é de 180.609 habitantes, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE (2014). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,709 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD



Considerando os indicadores da Área de Alimentação e Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade, de acordo com o índice de massa corporal (IMC):

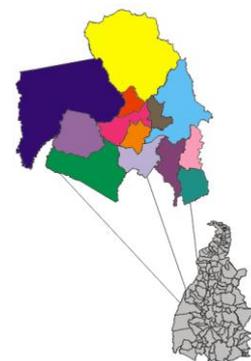


Ciclo de Vida	População Avaliada	Sobrepeso	Obesidade
Criança (0 – 10 anos)	10.212	22,34	5,9
Adolescente (11 – 19 anos)	7.066	15,54	6,41
Adulto (20 – 59 anos)	13.598	31,34	24,53
Idoso (60 anos ou mais)	712	45	-
Gestante	496	23,19	12,3

Fonte: SISVAN/ MS, 2014

Região de Saúde Sudeste

A Região de Saúde Sudeste é composta por 15 municípios. A população total da região é de 96.966 habitantes, de acordo com a Estimativa Populacional do IBGE (2014).



Considerando os indicadores da Área de Alimentação e Nutrição, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece dados do estado nutricional da população, em 2014 verifica-se os seguintes dados de Sobrepeso e Obesidade, de acordo com o índice de massa corporal (IMC):

Ciclo de Vida	População Avaliada	Sobrepeso	Obesidade
Criança (0 – 10 anos)	8.030	20,33	4,82
Adolescente (11 – 19 anos)	5.541	14,4	6,08
Adulto (20 – 59 anos)	11.490	31,64	21,25
Idoso (60 anos ou mais)	374	33,69	-
Gestante	457	19,69	13,13

Fonte: SISVAN/ MS, 2014



2.4 Análise comparativa de Indicadores de Nutrição e Alimentação – Sobrepeso e Obesidade da População Brasileira e o Estado do Tocantins

No Brasil, os números apresentados pelo Ministério da Saúde em 2014 referentes ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, constatou que o percentual de brasileiros adultos com excesso de peso (Sobrepeso e obesidade) é de 55,4%, esse valor corresponde a mais da metade da população, e que destes, 22,39% são obesos.

Mesmo com estatísticas relevantes, o Estado do Tocantins apresenta números inferiores comparados a nível nacional. Os indicadores apresentados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, em 2014, constatou que o percentual de adultos com excesso de peso (Sobrepeso e obesidade) é de 53,32%, e que destes 21,47% são obesos.

A prevalência da obesidade vem aumentando tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima, que pelo menos 1 bilhão de pessoas no mundo apresente excesso de peso, das quais, 300 milhões são obesos.

3 Matriz Diagnóstica orientadora para adesão do estado à Prevenção e Tratamento de Sobrepeso e Obesidade como Linha de Cuidado Prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Tratamento Cirúrgico da Obesidade.

3.1 Diretrizes

Serão consideradas as seguintes Portarias:

- ✓ Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, que Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;



- ✓ Portaria 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.
- ✓ Portaria nº 670, de 03 de junho de 2015, que Mantém até 31 de dezembro de 2015 a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013.

3.2 Objetivos

São Objetivos da Linha de Cuidados Sobrepeso e Obesidade:

- I - Implantar a linha de cuidados aos indivíduos com sobrepeso e obesidade nas 08 Regiões de Saúde do Estado do Tocantins;
- II – Redefinir e organizar as ações e serviços de prevenção e tratamento de sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde as pessoas com Doenças Crônicas;
- III – Diagnosticar a população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepesos e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional. de acordo com a fase do curso de vida, ou seja, crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;
- III – Identificar o risco da população, de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;
- IV – Organizar a oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção;



V – Garantir os recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

VI – Utilizar sistemas de informação, que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão dos casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

VII – Investigar e monitorar as principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VIII – Articular ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

IX – Garantir financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas;

X – Capacitar os profissionais de saúde envolvidos para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde às pessoas com Doenças Crônicas;

XI – Garantir a oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e obesidade, com a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnicas- raciais, culturais, sociais e religiosas;

XII – Garantir a oferta de práticas complementares para promoção da saúde, SUS para prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

3.3 São diretrizes Gerais para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade

I – Indivíduos que apresentem $IMC^3 \geq 50 \text{kg/m}^2$;

II – Indivíduos que apresentem $IMC^3 \geq 40 \text{kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou na



Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois (02) anos, e que tenha seguido protocolos clínicos;

III- Indivíduos com IMC 35 kg/m com morbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apnéia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, e que tenham seguido protocolos clínicos.

3.4 Critérios de Classificação

No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$ e com obesidade aqueles com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, sendo a obesidade classificada em:

- I - Grau I: indivíduos que apresentem $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ e $< 35 \text{ kg/m}^2$;
- II - Grau II: indivíduos que apresentem $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e $< 40 \text{ kg/m}^2$;e
- III - Grau III: indivíduos que apresentem $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$.

4 Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

4.1. Componente Atenção Básica:

- a) Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita estratificando o risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;
- b) Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;
- c) Apoiar o autocuidado para a manutenção e recuperação do peso saudável;



- d) Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;
- e) Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²;
- f) Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar;
- g) Garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde.

4.1.1. A atuação da Equipe de Saúde da Família

Devido à proximidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) com a comunidade em geral, há uma facilidade para trabalhar a questão do excesso de peso e manter um acompanhamento, de longa duração, que se faz necessário no caso de usuários com este problema, tendo este vínculo família/serviço de saúde como ponto forte neste acompanhamento.

A equipe deve observar uma série de questões que facilitarão o acompanhamento e prevenção de usuários com excesso de peso, que são:

- Articular atores sociais locais (escolas, produtores agrícolas, comércio), buscando a integração de ações para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional;
- Coletar e analisar as informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional, principalmente um levantamento mais completo, elegendo pessoas com risco para desenvolverem excesso de peso, e as pessoas que já apresentam tais distúrbios;



- Monitorar a situação nutricional da população adscrita com base nos indicadores SISVAN/E-SUS;
- Participar no desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- Conhecer e estimular a produção e consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- Promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas comunitárias;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo sobre Alimentação e Nutrição com ênfase nas práticas alimentares saudáveis;
- Promover ações de Segurança Alimentar e Nutricional, no âmbito domiciliar, práticas seguras de manipulação, preparo e acondicionamento de alimentos;
- Promover a orientação para o uso da rotulagem nutricional (composição e valor calórico) como instrumento de seleção de alimentos;
- Realizar orientações nutricionais às diferentes fases do curso de vida, com atenção prioritária a hipertensos, diabéticos, nutrizes, crianças, idosos, acamados, entre outros;
- Elaborar rotinas de atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica;
- Participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção aos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, entre outros (BRASIL, 2006, p. 81).

Ainda de acordo com este autor são propostas atribuições e competências específicas dos profissionais da equipe na organização da atenção e na prevenção e acompanhamento da pessoa com excesso de peso, como destacamos a seguir:

Médico: deve estimular a participação comunitária em ações que visem à melhoria da qualidade de vida, realizar ações de promoção da saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso; realizar consulta clínica nas unidades de saúde e nos domicílios, trabalhos com grupos, aferir os dados antropométricos de peso e altura, realizar ações de vigilância nutricional, avaliar os casos de risco e tratar agravos à saúde associados (hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, etc.), solicitar exames complementares e, quando for necessário, o apoio



especializado. Usuários com sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associado à comorbidade (diabetes mellitus) ou que apresentem obesidade (IMC maior que 30 Kg/m²) deverão ser acompanhados também por nutricionista; os casos de obesidade adquirida por distúrbios hormonais deverão ser referenciados para serviço de endocrinologia. Acompanhar os casos a partir da contra-referência, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

Enfermeiro: deve estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar ações de vigilância nutricional, acompanhar as ações dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, aferir os dados antropométricos de peso e altura, avaliar os casos de riscos e quando for necessário buscar o apoio especializado, utilizar o serviço de nutrição, o clínico ou outros profissionais. Os usuários com sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associado à comorbidade (diabetes mellitus) ou que apresentem obesidade IMC maior que 30 Kg/m², devem ter consulta com nutricionista para acompanhamento nutricional. Acompanhar o controle dos agravos à saúde associados, a partir da contra-referência, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e de avaliação.

Auxiliar de enfermagem: deve estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção à saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar ações de vigilância nutricional, aferir os dados antropométricos de peso e altura nas pré-consultas; identificar com os agentes comunitários de saúde (ACS) as



famílias e usuários em risco nutricional, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

Agente comunitário: deve estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência; identificar crianças e famílias em situações de risco para sobrepeso; identificar fatores de risco do estado nutricional na família e no domicílio; realizar aferição de peso e altura nas visitas domiciliares; identificar estratégias para melhoria do estado nutricional na comunidade e na família; participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação dos setores de saúde. (BRASIL, 2006, p. 81-2).

A criação dos **Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF** são essenciais para o planejamento de combate à obesidade, pois tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

O NASF não se constitui em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família, pois é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra



referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

Nutricionista: Promover e facilitar o acesso de pessoas, famílias e comunidades aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida e alimentação saudáveis, possibilitando a elas a apropriação de tais conhecimentos e a aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e nutrição. É responsável pela implementação da Política Nacional de Alimentação e nutrição (PNAN) trabalhando os seus sete eixos: 1. Estímulo à ações intersetoriais; 2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5. Prevenção e controle de distúrbios e doenças nutricionais; 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; 7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Educador Físico: O profissional de Educação Física, inserido à equipe multiprofissional, deverá prescrever a atividade física, informar acerca da necessidade da mesma, o modo de realizá-la e a intensidade das atividades, ou trabalhar com esses indivíduos em grupos com o objetivo de proporcionar a integração dos participantes, e isto faz com que a comunidade esteja mais unida para resolver ou atenuar o problema comum a todos (DIAS, 2007). Ele também deve contar com o aconselhamento à saúde para a prática por outros profissionais que atuam nos PSF e NASF, como forma de educação à saúde; não somente para os idosos e portadores de doenças crônicas, mas para toda população como forma preventiva e de um estilo de vida saudável, sendo que este ainda apresenta uma baixa frequência de indicação (SIQUEIRA, 2009).

Psicólogo: Na proposta o profissional de Psicologia deve desempenhar ações conjuntas e específicas, sobretudo no campo da promoção e prevenção à saúde, e na atenção curativa, com foco na família e na comunidade; atua também, como mediador no acesso e no acompanhamento dos usuários e familiares aos serviços de nível secundário e terciário. Nesse contexto, a saúde mental pode ser entendida como



campo de atuação do psicólogo, não exclusivo a esse profissional, mas apenas um campo de atuação de sua especificidade, em que tem especial contribuição a oferecer e que, com os demais profissionais, comporá a abordagem interdisciplinar, através do diálogo, da atuação conjunta no cotidiano de trabalho na unidade local de saúde e na comunidade, possibilitando, assim, a construção de uma atenção à saúde efetivamente integral.

4.1.2 A organização da atenção na prevenção e acompanhamento sobrepeso/Obesidade

A questão do excesso de peso, mesmo sendo trabalhada de forma eficaz na Atenção Primária (Estratégia de Saúde da Família), por sua complexidade, exige uma articulação com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições não necessariamente do setor saúde. A busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, é essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais. (BRASIL, 2006).

A organização de sistemas integrados de saúde, a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada possibilita atenção de melhor qualidade e mais direcionada a responder às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003). Isto pode ser visto no esquema apresentado a seguir:

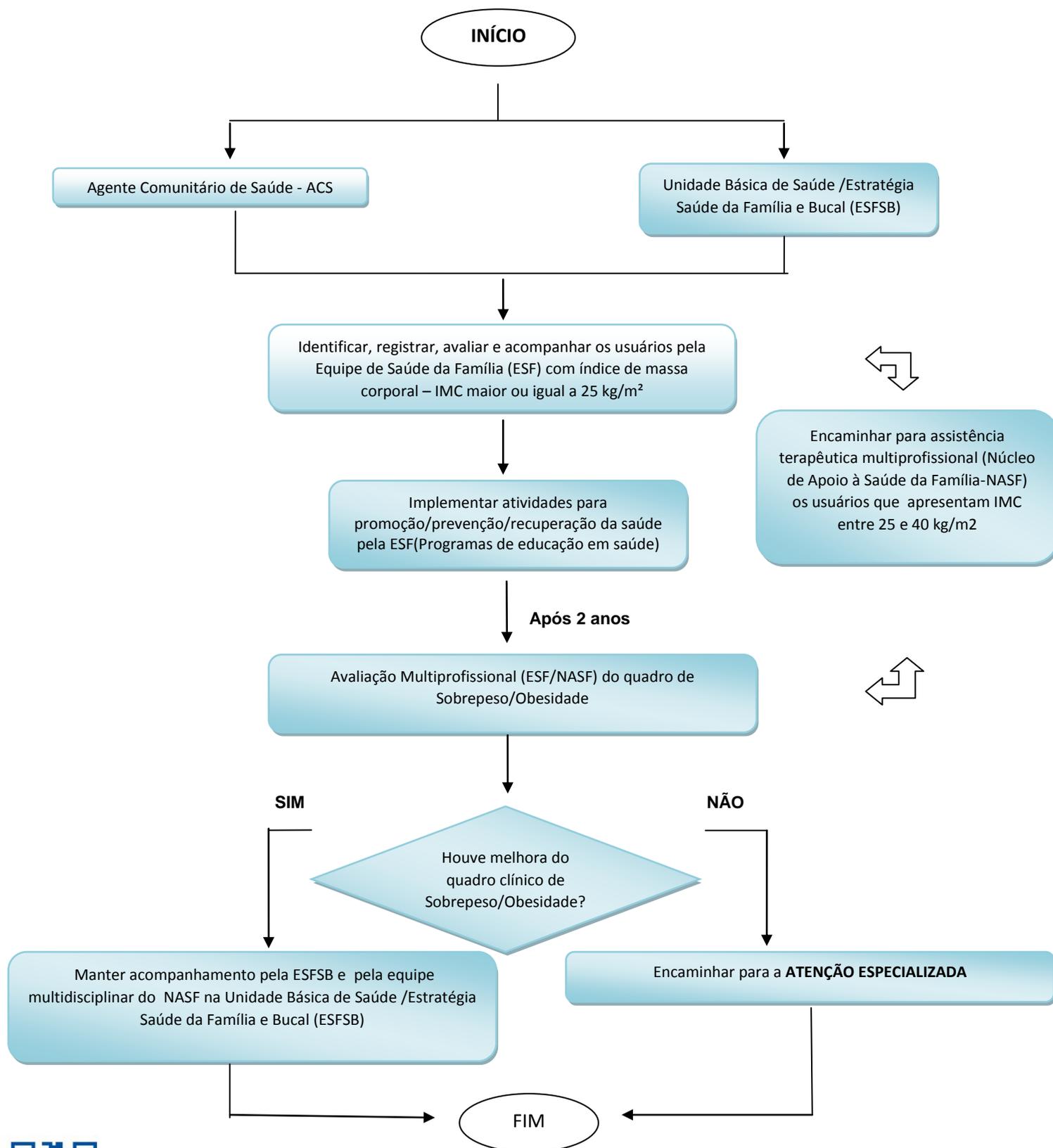




Figura 1



Fluxograma da Atenção Básica



4.2. Componente Atenção Especializada:

4.2.1. Subcomponente Ambulatorial Especializado:

1. Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do TeleSaúde;
2. Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;
3. Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;
4. Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
5. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;
6. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;
7. Organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente;
8. Realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.



4.2.2. Subcomponente Hospitalar:

1. Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;
2. Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
3. Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;
4. Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;
5. Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
6. Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I; e
7. Realizar contra-referência 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.

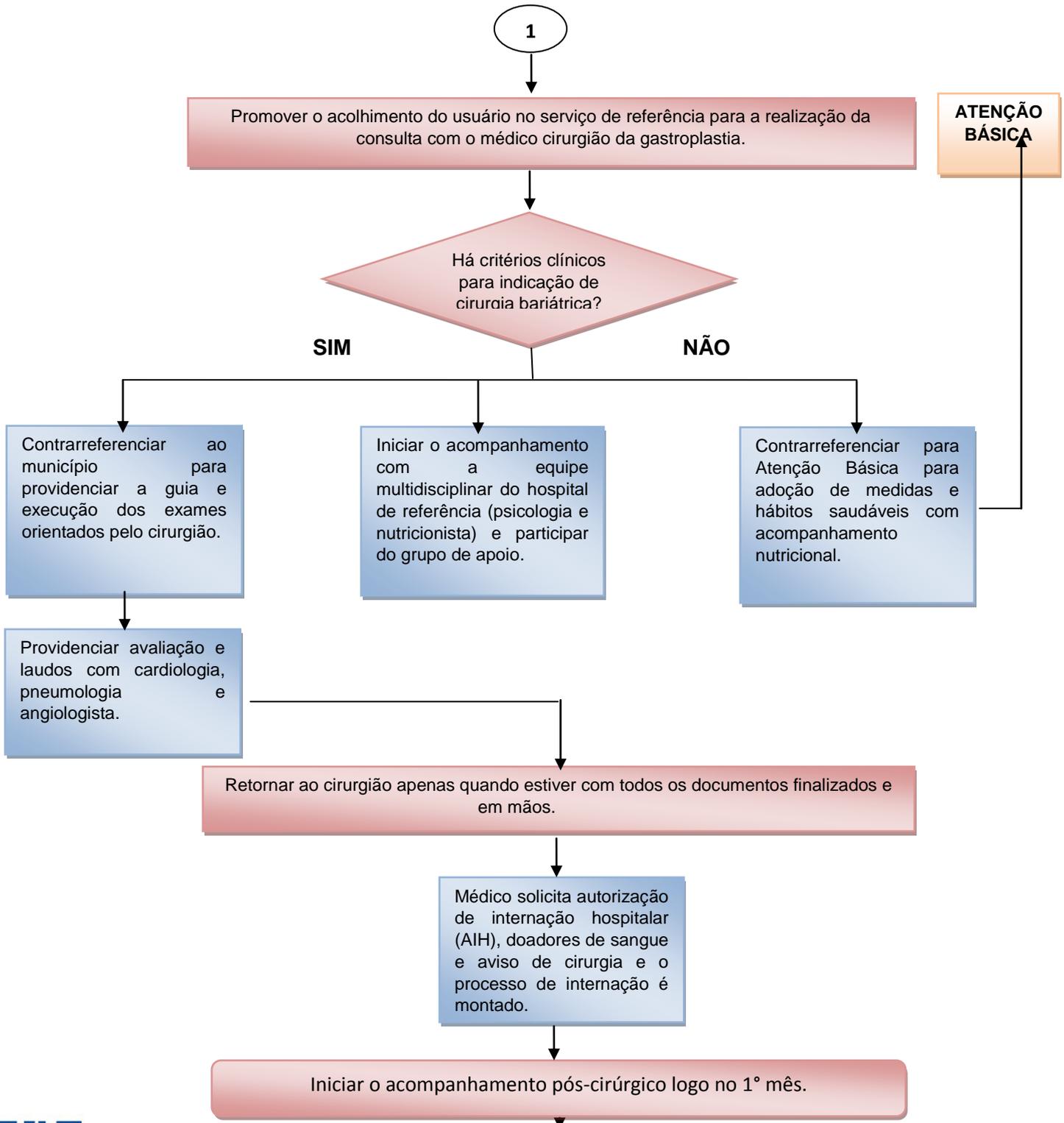
4.2.3. Subcomponente Urgência e Emergência:

Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-



operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Fluxograma da Atenção Especializada



4.2.3 Acompanhamento no pós-operatório.

Segundo a Portaria nº 425 de 19 de março de 2013 o acompanhamento no pós-cirúrgico da gastroplastia deve garantir a continuidade da assistência pela equipe multiprofissional até 18 meses após o procedimento, sendo mais frequente no primeiro ano devido a perda de peso mais relevante e aguda.

A tabela a seguir demonstra em qual período devem-se realizar as consultas, com quais profissionais e o local da mesma.

Período	Profissional	Local
Entre 15 a 30 dias (1º mês)	Cirurgião Nutricionista	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 2º mês	Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 3º mês	Clínico	Unidade Básica de Saúde
	Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 4º mês	Clínico	Unidade Básica de Saúde
	Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 6º mês	Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 9º mês	Clínico	Unidade Básica de Saúde
	Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
Entre 12º e 15º meses	Clínico	Unidade Básica de Saúde
	Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia
No 18º mês	Clínico	Unidade Básica de Saúde
	Cirurgião Nutricionista Psicólogo	Instituição hospitalar na qual realizou a cirurgia

4.2.4 Complicação pós-cirúrgica.



O Estabelecimento de Saúde que acolher o paciente com complicações pós-cirurgias deverá estabilizá-lo e entrar em contato com o médico cirurgião que realizou a gastroplastia para definir se o caso tem condições de receber tratamento na unidade acolhedora ou se deverá ser encaminhado ao hospital e Equipe da Bariátrica responsável pelo procedimento.

Fluxograma após tratamento de Cirurgia Plástica Reparadora



4.3. Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos

1. Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade;
2. Prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e
- c) Realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência



e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido nesta Portaria e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes da Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos I e II.

Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado.

5 A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no

5.1 Anexo I

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito na Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

- a) Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m²;
- b) Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na



Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

- c) Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

- I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-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, gastroenterológica e anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

- a) Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b) Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra-indicativos obrigatórios à cirurgia;
- c) Doença cardiopulmonar grave e descompensada que 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 supra-renal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

5. A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

6. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

- a) O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.



5.2 ANEXO II

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

1. Dados do Município-sede da linha de cuidado:

- CNPJ da Prefeitura;
- Código IBGE;
- Contato da Prefeitura (email e telefone);
- Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde);
- Cargo ou função;
- Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade:

2.1. Municípios que vão compor a linha de cuidado (listar);

2.2. Pontos de Atenção a Saúde (Serviços) dos componentes da Rede de Atenção à Saúde que irão compor a linha de cuidado e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

Nº de UBS adstritas à linha de cuidado;

CNES e população do território da UBS(s), destacando quais UBS fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

Nº de NASF com CNES;

Nº de Academias da Saúde com CNES;

Descrever as responsabilidades da Atenção Básica.

b) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta linha de cuidado – ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência):



- Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);
 - Profissionais destes serviços que vão se dedicar à linha de cuidado: categoria profissional, número e carga horária;
 - Especificar se realiza procedimento cirúrgico;
 - Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;
 - Especificar se realiza cirurgia plástica reparadora;
- Se não realiza cirurgia plástica reparadora, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;
- Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (informação obrigatória).
- 2.3 Sistemas de apoio (especificar apenas os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que serão envolvidos):
- Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;
- Medicamentos e suplementos disponíveis.
- 2.4 Regulação:
- Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver, Central de Regulação, com indicação do CNES.
3. Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta linha de cuidado de sobrepeso e obesidade (ex.: site, publicações oficiais do município ou do estado);
4. Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta linha de cuidado;
5. Dados do contato:
- Nome;
 - CPF;
 - Cargo ou função;
 - E-mail do contato;



- Telefone

6. Anexar Ata de reunião da CIB em que a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade foi pactuada.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Mantém até 31 de dezembro de 2015 a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 670, de 03 de junho de 2015**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

