



Governo de Minas Gerais
Secretaria de Estado de Saúde

Linha de Cuidado à Pessoa Adulta com Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Romeu Zema Neto

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Mateus Simões

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Fábio Baccheretti Vitor

ASSESSORA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Antônio Cotta

SUBSECRETÁRIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Camila Moreira de Castro

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Camila Helen de Almeida Silva Oliveira

DIRETORA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E POLÍTICAS DE EQUIDADE

Daniela Souzalima Campos

**COORDENADORA DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
E ADEQUADA E ATIVIDADE FÍSICA**

Carolina Guimarães Marra Nascimento

EQUIPE EDITORIAL

Guilherme de Sousa Matos

Marilene Pereira de Sousa

Nathália Ribeiro Mota Beltrão

EQUIPE TÉCNICA COLABORADORA

Adriana Fatima de Menezes Silva

Adriana Rodrigues de Almeida

Amanda Guias Santos Silva

Ana Claudia Barbosa Carvalho

Ana Cristina Damasceno Nogueira

Ana Paula Torres de Camargos

Barbara Quintela Zanette Reis

Bianca Lara Tavares Resende

Carolina Guimarães Marra Nascimento

Carolina Vital Cardoso

Christina Coelho Nunes

Claudia Fernanda Montilha Bueno

Fabiana Cristina Ribeiro de Barros

Fernanda Vilarino Jorge

Galzuinda Maria Figueiredo Reis

Isabele Cristina de Oliveira Silva

Isabella Alves Pereira

Jacqueline Silva Santos

Jans Bastos Izidoro

Lara Kunzi Pedrosa

Luana Eduardo da Silva

Luciana Novais Martins

Ludmilla Diniz Silva

Luiza da Silva Miranda

Lyvia de Carvalho Fonseca Lage

Marcela Augusta Teixeira

Márcia Beatriz Sawaya Alcântara Ferreira
Marilene Pereira de Sousa
Milena Leao Rago
Nathália Ribeiro Mota Beltrão
Nilcilene de Oliveira
Paula Luiza dos Santos Cupertino
Priscila Vieira Elias
Rosa Maria dos Santos
Sandra Regina Soares Moreno de Souza
Silvana Novaes Ferreira
Tatianna Mendes da Rocha
Thaís Teixeira Lima

COLABORADORES EXTERNOS

Aline Cristine Souza Lopes – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
David Mello de Jesus – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG)
Erika Cardoso dos Reis – Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)
Gisele Marcolino Saporetto – Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região de Minas Gerais (CREF6/MG)
Helen Hermana Miranda Hermsdorff – Universidade Federal de Viçosa (UFV)
João Carlos Naldoni Júnior – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região – (CREFITO-4 MG)
Kátia Euclides de Lima e Borges – Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região de Minas Gerais (CREF6/MG)
Laís Maia Resende – Conselho Regional de Nutrição da 9ª Região (CRN9)
Maiára Gomes de Freitas – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG)
Maria Angélica Alves – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG)
Mayara Lorena Barbosa de Almeida – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG)

EQUIPE DE REVISÃO

Carolina Guimarães Marra Nascimento
Clara de Oliveira Lazzarotti Diniz
Daniela Souzalima Campos
Galzuinda Maria Figueiredo Reis
Guilherme de Sousa Matos
Isabella Alves Pereira
Marilene Pereira de Sousa
Nathália Ribeiro Mota Beltrão
Nilcilene de Oliveira

APRESENTAÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial, de prevalência crescente que vem adquirindo proporções alarmantes e epidêmicas, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna (FERREIRA et al., 2021). Ela impacta e interfere de forma significativa na qualidade de vida e na realização das atividades diárias das pessoas afetadas, tornando-se um importante fator de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis (SILVA; DIONISIO, 2019; ESTIVALETI, J.M.; GUZMAN-HABINGER, J.; LOBOS, J. et al., 2022). Além disso, ela impacta a sociedade com o aumento dos gastos diretos em saúde, bem como dos custos indiretos, associados à perda de produtividade (BRASIL, 2020).

Por ser um agravo de natureza heterogenia, o manejo da obesidade é extremamente complexo e o cuidado da pessoa com obesidade é um grande desafio para os profissionais, nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A superação deste desafio passa pela qualificação dos profissionais de saúde para o manejo adequado da obesidade e pela reorganização dos serviços de saúde de forma a ofertar ações contínuas, colaborativas, efetivas e que contemplem a complexidade do agravo (BRASIL, 2021).

Com o objetivo de apoiar as equipes de saúde ante aos desafios no cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, a linha de cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, foi desenvolvida para organizar e qualificar as ações para a promoção da atenção integral às pessoas com sobrepeso e obesidade e propor o cuidado compartilhado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela prevê assistência longitudinal e multiprofissional, que pressupõe a identificação do indivíduo com sobrepeso ou obesidade no território, realizar a estratificação de risco, reforçando a importância das ações de vigilância alimentar e nutricional e atividade física regular.

Assim, o Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, tendo como objetivo promover atenção integral e qualificada propõe a implantação desta linha de cuidado para nortear a organização das ações e dos serviços de saúde direcionados às pessoas com sobrepeso e obesidade.

Fábio Baccheretti Vitor
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

AGRADECIMENTOS

Agradecemos imensamente à toda equipe da Secretaria de Estado da Saúde/MG, às professoras Aline Cristine Souza Lopes da UFMG e Érika Cardoso dos Reis da UFOP, Helen Hermana Miranda Hermsdorff da UFV, ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4 MG), ao Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região de Minas Gerais (CREF6/MG) e ao Conselho Regional de Nutrição da 9ª Região (CRN9/MG, que colaboraram na construção dessa Linha de Cuidado.

SUMÁRIO



Introdução – p. 7



Sumário Remissivo – p. 10



Dicionário de Termos – p. 13



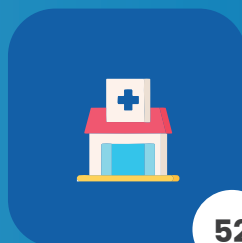
Perguntas Frequentes – p. 20



Diretrizes da Linha de Cuidado à Pessoa Adulta com Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único De Saúde De Minas Gerais – p. 23



Situação Epidemiológica – p. 28



52

Atenção Primária
à Saúde



156

Atenção Ambulatorial
Especializada



170

Atenção Especializada
Hospitalar



Sistemas de Apoio e Logística – p. 192



Telessaúde – p. 202



Vigilância em Saúde – p. 206



Regionalização, Governança e
Financiamento da Linha de Cuidado – p. 208



Referências – p. 220



1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial e de tratamento complexo e difícil manejo, que afeta todas as faixas etárias da população e está associada a um aumento significativo de risco para diversas doenças, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças hepáticas e diversos tipos de câncer (como colorretal e mama), problemas renais, asma, agravamento da COVID-19 e artropatias (BRASIL, 2025). Além disso, contribui para a redução da qualidade e expectativa de vida, para anos de vida perdidos por incapacidade e para a sobrecarga dos sistemas de saúde (ONITA et al., 2024). Ela interfere de forma significativa na qualidade de vida, na realização das atividades diárias e na busca pelos serviços de saúde, tendo ainda, implicações diretas na aceitação social, nas relações interpessoais e na própria relação do sujeito consigo e com seu corpo (SILVA; DIONISIO, 2019). Embora considerado um dos principais problemas de saúde pública no âmbito mundial, é um dos mais negligenciados (LINGVAY; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024).

Recentemente, a obesidade tem tido sua determinação associada de forma sinérgica à desnutrição e às mudanças climáticas, por compartilharem os mesmos determinantes e influenciarem conjuntamente suas cargas para a sociedade. As três pandemias estão diretamente vinculadas à configuração atual do sistema alimentar hegemônico (MATO GROSSO DO SUL, 2024; (SWINBURN et al., 2019).

A prevalência de excesso de peso e de obesidade tem crescido de forma preocupante no mundo todo, mas principalmente, em países de renda baixa ou média, como o Brasil (IBGE, 2020). Ao se analisar os dados de obesidade e excesso de peso em Minas Gerais, conforme relatórios do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), verifica-se, que a obesidade cresceu 72% de 2010 a 2023, e o excesso de peso teve um aumento de 40% no mesmo período.

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) da Agenda 2030 das Nações Unidas destaca a importância de "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades". Entre suas metas, inclui a redução da mortalidade por doenças não transmissíveis por meio da prevenção e do tratamento, bem como a promoção de um estilo de vida saudável. Nesse contexto, políticas públicas voltadas para a prevenção e

tratamento da obesidade surge como um ponto central para o alcance dessas metas, dada sua crescente prevalência e impacto socioeconômico (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2024).

Estudos demonstram que o crescimento da obesidade, apesar de estar presente em todas as idades e grupos socioeconômicos, diferencia-se na velocidade e extensão do ganho de peso de acordo com sexo, faixa etária, raça/cor da pele e escolaridade, sendo mais prevalente nas populações em maior situação de vulnerabilidade. Ou seja, as disparidades sociodemográficas, condicionantes das desigualdades sociais e econômicas do país influenciam no estado nutricional de sua população.

Estima-se que 6 em cada 10 adultos com menor nível de escolaridade vivam com excesso de peso até 2030. Adultos com menor nível de escolaridade, negros e outras etnias minoritárias poderão ter uma prevalência ainda maior de obesidade grave até 2030, do que a população em geral. Logo, políticas de saúde pública orientadas para a redução das desigualdades sociais, além de prevenção da obesidade poderão reduzir o fardo da doença para as gerações futuras, proteger os indivíduos vulneráveis, e com isto alterar a tendência prevista (ESTIVALETI, J. M.; GUZMAN-HABINGER, J.; LOBOS, J. et al., 2022; MARTINS et al., 2024; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024.)

Nessa perspectiva, a obesidade, caracterizada como um problema social, também tem sido relacionado a insegurança alimentar (IA). A segurança alimentar e nutricional (SAN) é definida como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Para isso, deve-se basear em práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2013). Dessa forma, a obesidade pode ser uma das manifestações da insegurança alimentar, estando relacionada a fatores como a falta de acesso a alimentos saudáveis e de qualidade, e a pouca diversificação da alimentação (NAVARRO & MAZUR, 2015).

Levando-se em consideração a complexidade que envolve o manejo da obesidade, a necessidade da atenção integral às pessoas com sobrepeso ou obesidade e qualificar o cuidado em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde propõe esta linha de cuidado integral à pessoa adulta com sobrepeso e obesidade. Uma linha de cuidado expressa os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas logísticos e de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. Ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades

e serviços dos quais necessita. As linhas de cuidado normatizam todo o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença algumas voltadas para a população geral e outra para estratos específicos (FRANCO, C.; FRANCO, T., 2012; MENDES, 2011; LUI, et al., 2024).

Este documento foi estruturado com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), em diálogo com os componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para assegurar uma abordagem integrada e abrangente. Cada capítulo aborda um dos pontos fundamentais que constituem as RAS. Sendo assim, inicia-se destrinchando as atribuições e cuidados da Atenção Primária à Saúde, seguido da Atenção Ambulatorial Especializada e da mesma forma pela Atenção Especializada Hospitalar. Ainda, lança diretrizes e orientações para as rotinas dos Sistemas de Apoio e Logística (como Sistemas de Diagnóstico e de Apoio Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação e Registro Eletrônico em Saúde, Acesso Regulado e Transporte em Saúde), tendo por fim enunciações acerca do papel da Vigilância em Saúde e daqueles responsáveis pela Governança desta linha de cuidado.

Essa organização foi pensada para facilitar a navegação das equipes pelos diferentes níveis e dimensões da rede de atenção, permitindo-lhes identificar rapidamente o ponto de interesse e aprofundar seus conhecimentos com informações específicas e práticas. O objetivo é apoiar os profissionais de saúde no entendimento e na implementação dessa linha de cuidado, promovendo um atendimento qualificado e coordenado em todas as esferas do SUS.



2. SUMÁRIO REMISSIVO

A

Abordagem coletiva.....	133
Abordagem inclusiva.....	104
Abordagem Individual	128
Abordagem inicial.....	124
Abordagem intersetorial	11
Abordagem transversal.....	135
Ações de promoção à saúde	11
Alimentos in natura	33
Alimentos processados.....	33
Alimentos ultraprocessados.....	33
Ambientes obesogênicos.....	35
Atenção Ambulatorial Especializada	157
Atenção da Ampliação da Média Complexidade	163
Atenção Especializada Hospitalar	172
Atenção Primária à Saúde	40
Atividade física	34, 106

C

Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde	41
Cirurgia plástica reparadora	182
Classificação de risco familiar	103
Comportamento sedentário	35

D

Determinantes sociais de saúde.....	36
Doenças Crônicas não Transmissíveis	115

E

Equipe complementar	174
Equipe Mínima.....	174
Equipe Multiprofissional.....	159
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	114
Estratégias de Matriciamento	42
Estratificar	103
Excesso de peso	15

F

Ferramenta 5As.....	104
---------------------	-----

H

Hábitos alimentares inadequados	116
---------------------------------------	-----

I

Incentivo à Atividade Física	Consulte
Incentivo Federal de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição	214
Incentivo Financeiro Federal	216
Indicações de avaliação para cirurgia bariátrica	179
Insegurança alimentar	102
Insegurança Alimentar	102, 117
Integralidade	11, 12

M

MACC	13, 41
Modelo Transteórico	105

O

Obesidade	2, 10, 32
-----------------	-----------

P

Plano de Cuidados	132
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	108
Programa Academia da Saúde	214
Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas.....	177
Programa Saúde na Escola	114
Promoção da saúde	105

S

Sedentarismo e Inatividade Física	116
---	-----

T

Telessaúde	204
Triagem para Risco de Insegurança Alimentar.....	102

V

Vigilância Alimentar e Nutricional	10, 209
Vigilância em Saúde	207, 208



3. DICIONÁRIO DE TERMOS

Abordagem inicial: Identificação dos pacientes e iniciação de um diálogo respeitoso, solicitando permissão antes de discutir o peso, além de avaliar comorbidades, riscos cardiovasculares, estado nutricional e nível de atividade física. Sugere-se intervenções breves sobre alimentação saudável, encaminhamento para consultas com especialistas quando necessário e a inclusão do paciente em atividades coletivas da unidade de saúde.

Abordagem individual: são aquelas realizadas em consultas com profissionais de nível superior que atuarão em conformidade com as suas respectivas formações para o cuidado estritamente relacionado a demandas e necessidades específicas de cada indivíduo.

Abordagem coletiva: são aquelas direcionadas a um grupo de usuários ou usuárias, conduzida por profissional (is) de nível superior que constituem a equipe de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade.

Abordagem transversal: é um conjunto de ações flexíveis de promoção da saúde e assistência multiprofissional, adaptadas às necessidades do usuário e à realidade local. Inclui práticas de atividade física, como as oferecidas pelo Programa Academia da Saúde, e Práticas Integrativas e Complementares (PICS), como yoga e auriculoterapia. Também prevê suporte psicológico e abordagem familiar, encaminhamentos especializados, garantindo um cuidado integral.

Alimentação adequada e saudável: prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente, referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia. Deve ser harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

Atividade física ou movimento: qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos e que produza gasto energético, incluindo atividades no trabalho, na vida diária e no deslocamento, no lazer e na prática de

esportes. Assim, o termo atividade físico representa um conjunto de práticas corporais (BRASIL, 2014b; GONÇALVES; BASSO, 2005; NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013).

Autocuidado apoiado: consiste no empoderamento das pessoas usuárias do SUS, ofertando informações e orientações para que possam gerenciar, com independência, seu estado de saúde e sua qualidade de vida. O princípio da informação e educação significa uma boa comunicação com as pessoas usuárias com informações e/ou educação sobre seu estado clínico e sobre as formas de melhorar a autonomia, a independência, o autocuidado e a prevenção das condições de saúde. As intervenções de autocuidado apoiado não dispensam a relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, o foco principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde.

Cuidado centrado na pessoa: constitui-se de um conjunto de elementos que inclui o empoderamento das pessoas usuárias para serem mais proativas na atenção à saúde, o compartilhamento de responsabilidades e de poder entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias e o apoio à autonomia e à individualidade das pessoas usuárias. Do ponto de vista prático, esses elementos manifestam-se na relação clínica, em três dimensões fundamentais: o estabelecimento de uma agenda comum construída pelo profissional e pela pessoa usuária, a troca de informações e a decisão compartilhada. A atenção centrada na pessoa implica os profissionais de saúde atuar de forma não prescritiva, incentivando as pessoas usuárias a participarem da consulta e expressando, com clareza, o que se espera do encontro clínico, (MENDES, 2012).

Cuidado centrado na família: deriva do atributo da APS que é a orientação familiar. Ele implica o trabalho clínico com uma população adscrita a uma equipe da ESF, inserida no território de abrangência dessa equipe, e organizada socialmente em famílias. De um ponto de vista prático, essas famílias devem ser cadastradas, classificadas por riscos e ter encontros clínicos realizados com a utilização de ferramentas de abordagem familiar, (MENDES, 2012).

Literacia em saúde: é a capacidade da pessoa para obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas (tais como a escolha da unidade ou serviço de saúde onde procurar ajuda terapêutica, adoção de estilos de vida saudável, ou na adoção de um papel ativo relativamente aos determinantes sociais da saúde). A aquisição de literacia em saúde depende, contudo, da complexidade da informação sobre saúde fornecida aos usuários e usuárias (LOPES et al., 2019). Uma das ferramentas vitais e imprescindíveis na nossa prática, enquanto profissionais de saúde, é a existência de uma comunicação eficaz e funcional, quer na relação intra-equipe multiprofissional quer na relação profissional de

saúde-usuário ou usuária. A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do usuário ou usuária, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, (LOPES, 2019).

Exercício físico: subcategoria da atividade física que se dá de forma planejada, estruturada e repetitiva, com objetivos diversos, como performance, saúde, reabilitação, etc. (GONÇALVES; BASSO, 2005). Ex.: caminhar 3 dias na semana, por 60 minutos; ou 4 dias da semana, por 40 minutos.

Determinantes sociais da saúde: fatores econômicos, sociais, ambientais, políticos e culturais que influenciam a saúde de indivíduos e populações. Eles podem impactar positiva ou negativamente a saúde, especialmente em grupos vulnerabilizados. Condições de vida, trabalho, renda e aspectos culturais e psicológicos são exemplos de DSS. O conhecimento do território e da população ajuda a reduzir desigualdades e promover equidade na saúde. Em populações vulneráveis, os DSS podem aumentar riscos à saúde. Por isso, considerá-los é essencial para políticas de saúde mais justas (FIOCRUZ, 2022).

Estigma da obesidade: comportamentos discriminatórios que são direcionados às pessoas por causa do seu peso. Os estigmas se manifestam por meio de estereótipos (por exemplo: indivíduos com obesidade são preguiçosos, gulosos, com falta de força de vontade e disciplina, culpabilização da pessoa com excesso de peso), por gordofobia (medo ou aversão a pessoas obesas, a obesidade, ou se tornar obeso) e por atitudes que demonstrem que o profissional de saúde não acredita que o tratamento terá resultados, entre outros, resultando em discriminação, injustiças e iatrogenias relacionadas ao tratamento da obesidade.

Fome oculta: A fome oculta é uma carência de micronutrientes (vitaminas e minerais) no organismo, que pode ocorrer mesmo quando a pessoa ingere calorias suficientes. É um problema de saúde pública que pode estar presente em pessoas que estão acima do peso e até mesmo na população considerada saudável.

Iniquidades na saúde: define-se como desigualdades de saúde sistêmicas, evitáveis, injustas e desnecessárias. As iniquidades são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil (BUSS; PELLEGRINE, 2006)

Intersetorialidade: É uma estratégia que envolve a integração de saberes, recursos e ações de diversos setores da sociedade para a resolução de problemas comuns, especialmente em sistemas de saúde descentralizados, que favorecem a articulação setorial considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção, abordando inclusive, os determinantes sociais da saúde para a redução das iniquidades na saúde.

Modelo transteórico: compreende conceitos desenvolvidos para subsidiar os profissionais no planejamento de intervenções em saúde com foco na modificação de comportamento. Ele pode auxiliar no cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, uma vez que pressupõe que a prontidão para mudança de comportamento se dá em etapas, e não de forma abrupta, que devem ser considerados no planejamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções visando maior adesão e êxito. Possibilita realizar intervenções, individuais ou coletivas, diferenciadas segundo a disponibilidade, percepção, atitude e motivação da pessoa para mudar comportamentos.

Obesidade: é uma doença multifatorial, de prevalência crescente que vem adquirindo proporções alarmantes e epidêmicas, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna. Conforme classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), usuários e usuárias que têm um IMC ≥ 30 kg/m² estão com obesidade.

Práticas corporais: atividades físicas expressas por esportes, danças, jogos e brincadeiras, lutas ou outras formas de movimento do corpo.

Segurança alimentar e nutricional: realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base: práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Sobrepeso: O sobrepeso corresponde a um acúmulo de gordura menor em comparação à obesidade, que apresenta uma quantidade maior de gordura corporal e maior chance de afetar a saúde de forma geral. Conforme classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), usuários e usuárias que têm um IMC entre 25 e 29,9 kg/m² estão com sobrepeso.

Teleconsultoria assíncrona: Consulta realizada e registrada entre profissionais de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, realizada por meio de mensagens offline.

Telessaúde: modalidade de prestação de serviços de saúde à distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação (TIC), que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde.

Vigilância Alimentar e Nutricional: descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fato-

res determinantes. Subsidia o planejamento de intervenções a partir do observado de forma individual e coletiva e orienta a organização do cuidado nutricional na rede de atenção à saúde.

Vigilância em Saúde: processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

3.1. Lista de Siglas e Abreviaturas

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada
AC: Alta Complexidade
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AEH: Atenção Especializada Hospitalar
AIH: Autorização para Internação Hospitalar
APS: Atenção Primária à Saúde
APAC: Associação de Proteção e Assistência aos Condenados
AMC: Ampliação da Média Complexidade
ANS: Agência Nacional de Saúde
AUPs: Alimentos Ultraprocessados
AVD: Atividades da Vida Diária
BPA: Boletim de Produção Ambulatorial
CAE: Coordenação de Acesso Eletivo
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CaSAPS: Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CC: Circunferência da Cintura
CEAE: Centros Estaduais de Atenção Especializada
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
DM: Diabetes Mellitus
EAN: Educação Alimentar e Nutricional
EAP: Equipe de Atenção Primária
EMAD: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP: Equipes Multiprofissionais de Apoio
EMULTI: Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde
ESF: Estratégia Saúde da Família
FAEC: Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSS: Determinantes Sociais da Saúde
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
IA: Insegurança Alimentar
IAF: Incentivo Financeiro Federal
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC: Índice de Massa Corporal
LCZO: Linha de Cuidado Sobre peso e Obesidade
LOA: Lesão de Órgãos Alvo
MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MT: Modelo Transteórico
NIH: National Institute of Health

OMS: Organização Mundial de Saúde
PAAS: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAS: Programa Academia da Saúde
PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde
PNRF: Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas
PNS: Pesquisa Nacional de Saúde
POEPS: Política Estadual de Promoção da Saúde
POF: Pesquisas de Orçamentos Familiares
PPI: Programação Pactuada Integrada
PRM: Problemas Relacionados à Medicamentos
PSE: Programa Saúde na Escola
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RASB: Rede de Atenção à Saúde Bucal
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAD: Serviços de Atendimento Domiciliar
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAIPS: Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAN: Segurança Alimentar e Nutricional
SIA-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial
SESB: Serviço Especializado em Saúde Bucal
SIASI: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIH-SUS: Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TIC: Tecnologias da Informação e da Comunicação
TFR: Tratamento Fora do Domicílio
TRIA: Triagem para Risco de Insegurança Alimentar
UAPS: Unidades de Atenção Primária na Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.



4. PERGUNTAS FREQUENTES

A Linha de cuidado será implantada em todos os municípios?

Sim, a identificação e o tratamento inicial das pessoas com obesidade são realizadas nas unidades de saúde da atenção primária à saúde de todos os municípios.

Como será feito o direcionamento dos cidadãos e cidadãs para essa linha de cuidado?

Nas unidades de saúde da atenção primária são identificadas os usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade, por meio da antropometria (aferição peso e altura) realizada em toda a população.

Após essa identificação, é realizado o tratamento inicial das pessoas com obesidade realizadas nas unidades de saúde da atenção primária à saúde; e através de critérios estabelecidos na linha, essas pessoas serão encaminhadas para outros pontos de atenção, se necessário.

Qualquer usuário com sobrepeso ou obesidade terá acesso?

Sim, qualquer usuário ou usuária com sobrepeso ou obesidade terá acesso. Ele/ela deve procurar a unidade básica de saúde, na atenção primária para acessar o cuidado em saúde direcionado para essa população.

Qual o papel da atenção primária à saúde no acompanhamento da pessoa com sobrepeso e obesidade?

A atenção primária realiza a identificação do usuário e usuária com sobrepeso e obesidade. A partir da abordagem inicial desse usuário ou usuária, é definido como será o acompanhamento com ações de promoção da saúde, prevenção do sobrepeso e obesidade, abordagens individuais, coletivas e transversais. Se necessário, essas pessoas são encaminhadas para outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, conforme pactuações de cada território.

Como será prestada essa assistência longitudinal e multiprofissional

A assistência longitudinal e multiprofissional faz parte do cuidado em saúde na atenção primária à saúde e envolve o acompanhamento do usuário e usuária ao longo do tempo por uma equipe de profissionais de saúde de diferentes áreas.

O Cuidado Longitudinal é o acompanhamento das pessoas de um território ao longo do tempo. É uma das características da APS, o que favorece o vínculo e a procura do usuário pelo serviço de saúde, e estabelece a relação terapêutica entre usuários/as e profissionais da equipe de saúde na APS.

Como atuam as equipes multiprofissionais no cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade na APS?

As equipes multiprofissionais na APS, conhecidas como eMulti, atuam de maneira complementar e integrada às outras equipes de saúde da família e de atenção primária, na APS. Elas permitem a troca de saberes, aprimorando o cuidado integral da população.

Quais são os critérios de compartilhamento do cuidado dos usuários e usuárias entre a atenção primária à saúde (APS) e a atenção ambulatorial especializada (AAE)?

Usuários e usuárias com excesso de peso (Sobrepeso ou Obesidade) ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e que possuem pelo menos uma das doenças (Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica) estratificado como alto e muito alto risco.

Quais são os critérios de compartilhamento do cuidado dos usuários e usuárias com obesidade com a Atenção Especializada Hospitalar (AEH)?

Usuários e usuárias com ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) com comorbidades descompensadas e/ou ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$), que possuem DM e/ou HAS e estratificado como alto e muito alto risco, que não tiveram sucesso no tratamento* após dois anos de acompanhamento compartilhado entre APS e AAE.

Usuários e usuárias com $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas e/ou $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ com ou sem comorbidades, que não tiveram sucesso no tratamento* após dois anos de acompanhamento na APS e/ou acompanhamento compartilhado por dois anos entre APS e AAE.

Usuários e usuárias com ($\text{IMC} \geq 50 \text{ kg/m}^2$), com condições clínicas muito complexas e indicação de cirurgia bariátrica, poderão ser encaminhados para avaliação de indicação de cirurgia bariátrica sem a necessidade de acompanhamento prévio por dois anos, ficando essa decisão a critério da avaliação

clínica e multidisciplinar.

*Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não obtiveram redução de 5% a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento.

Como a infraestrutura física das unidades de saúde e os equipamentos utilizados devem ser adequados à atenção ao indivíduo com sobrepeso e obesidade?

As salas devem ser amplas e com rampas de acesso. As balanças devem ser adequadas (com capacidade superior a 200kg), assim como outros equipamentos como estadiômetro, fita métrica, macas e cadeiras nas salas de espera, esfigmomanômetro, estetoscópio e outros equipamentos para exame clínico devem ser adequados a esse público.

Quais são os critérios para a avaliação da indicação de realização da cirurgia bariátrica?

Usuários que apresentem IMC ≥ 50 Kg/m²;

Indivíduos que apresentem IMC ≥ 35 Kg/m² com comorbidades descompensadas ou 40 Kg/m², que possuem DM e/ou HAS e estratificado como alto e muito alto risco, sem sucesso no tratamento realizado de forma compartilhada entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos;

Indivíduos com IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidades descompensadas ou IMC ≥ 40 kg/m² com ou sem comorbidade, que não tiveram sucesso no tratamento após dois anos de acompanhamento na APS.

Quais são as contraindicações para a realização da cirurgia bariátrica?

Limitação intelectual significativa em usuário e usuárias sem suporte familiar adequado;

Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; (quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia);

Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

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;

Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.



5. DIRETRIZES DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA ADULTA COM SOBREPESO E OBESIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

São diretrizes para a assistência à pessoa com Sobrepeso e Obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais:

5.1. Vigilância Alimentar e Nutricional

A vigilância alimentar e nutricional (VAN) refere-se à monitorização do consumo alimentar e dos indicadores antropométricos da população, com o objetivo de caracterizar o estado nutricional regional e permitindo intervenções mais eficazes quando observadas também as características sociais, aos principais fatores biológicos que determinam o risco e o estado da doença. Em outra concepção, a vigilância apoia os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno da situação alimentar e nutricional, bem como monitora o cenário, a tendência e a magnitude da situação da obesidade em nível municipal, regional e estadual (PARANÁ, 2022; ESPÍRITO SANTO, 2023).

5.2. Não culpabilização do indivíduo

A obesidade é uma condição complexa com raízes profundas. Enfrentar a obesidade exige um olhar mais amplo. É crucial reconhecer a complexa teia de fatores que contribuem para essa condição, incluindo a genética, o ambiente em que vivemos, a cultura e o acesso a recursos. A valorização da diversidade corporal e o respeito pela individualidade são essenciais para construir uma sociedade mais inclusiva e saudável, a qual uma abordagem empática e compreensiva é fundamental para enfrentar o estigma e a discriminação (BURLANDY et al., 2020; MARI & SAES BUSATO, 2024).

5.3. Promoção da Saúde

A promoção da saúde transcende a corresponsabilidade e empoderamento dos indivíduos para o processo do autocuidado com sua própria saúde, e considera os condicionantes e determinantes sociais da saúde nos territórios e a necessidade de estratégias, políticas, ações e intervenções intersetoriais, com participação popular, para atuar sobre esses fatores de forma individual, coletiva e ambientais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; OPAS, 2024; BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

As ações de promoção à saúde, conforme a Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), constituem uma estratégia de articulação transversal na qual um conjunto de intervenções, individuais, coletivas e ambientais, é responsável pela atuação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde, com o objetivo de estabelecer mecanismos para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades e que visa o empoderamento social como forma de fomentar indivíduos/comunidades ativos sobre a produção de sua saúde (MINAS GERAIS, 2016).

5.4. Cuidado Integral

A essência do conceito de integralidade é a ideia de totalidade, e está relacionada à condição integral de compreensão do ser humano, ou seja, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo considerando seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa. Dessa forma, o cuidado integral implica no tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento, com ações que vão desde a promoção à saúde e a prevenção de doenças na assistência, compreendendo os diversos níveis de atenção, considerando a rede de atenção à saúde (PINHEIRO, 2014; CARNUT, 2017, BRASIL, 2022).

5.5. Intersetorialidade

A abordagem intersetorial da saúde tende a ser associada ou equacionada com a expressão *health in all policies* (HiAP), traduzida como “saúde em todas as políticas”. Assim, a intersetorialidade configura-se como uma estratégia de cuidado em rede, pois prioriza a integração de diferentes setores para a resolução de problemas comuns, especialmente em sistemas descentralizados, que favorecem a articulação setorial considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção, abordando inclusive, os determinantes sociais da saúde para a redução das iniquidades na saúde (CARNUT, 2017; MENDONÇA & LANZA, 2021; PRADO et al., 2022).

5.6. Determinantes Sociais da Saúde

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida econômica, social, ambiental, política, governamental, cultural e subjetiva que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios. O conhecimento do território e sua população e a consideração aos DSS são formas de se reduzir as iniquidades e promover a equidade na saúde. Em se tratando de populações vulnerabilizadas os DSS são fatores que podem colocar a saúde dessa população em risco, como condições de vida e de trabalho, bem como condições sociais, econômicas, culturais, étnicas, psicológicas e comportamentais (FIOCRUZ, 2022).

5.7. Abordagem Interdisciplinar

Devido à complexidade da obesidade e os desafios para o seu manejo, faz-se necessário o trabalho em equipe interdisciplinar para potencializar o tratamento e ampliar a quantidade e a qualidade das ações de saúde incluindo aquelas de autocuidado. No trabalho em equipe preconiza-se que os trabalhadores se comuniquem regularmente e de maneira horizontal sobre o cuidado ofertado, permitindo que mais olhos, ouvidos, conhecimentos, habilidades e vivências se unam, produzindo ações mais abrangentes, evitando a fragmentação do cuidado. A integralidade do cuidado se constrói no contexto da prática colaborativa interprofissional, marcada pela reflexão sobre os papéis profissionais na resolução de problemas e na negociação de processos decisórios. Neste sentido, o apoio matricial se destaca por fornecer apoio clínico-assistencial e suporte técnico-pedagógico aos profissionais de outros núcleos de conhecimento. A implementação do apoio matricial deve ser baseada no compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas, e nas responsabilizações gerais e específicas dos membros das equipes pelo trabalho compartilhado e colaborativo (BRASIL, 2021).

5.8. Modelo de atenção às condições crônicas (MACC) para o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade

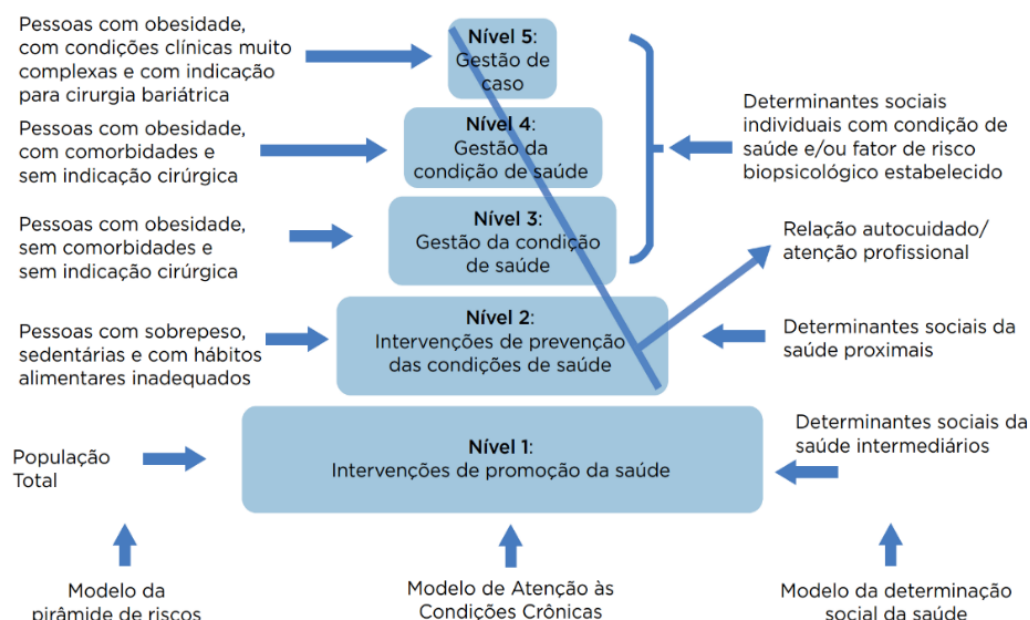
O manejo da obesidade é desafiador na rotina dos profissionais de saúde, e das pessoas que desenvolvem a doença. Para que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) possam dar conta dessa realidade é imprescindível lançar mão de tecnologias que sejam capazes de se antecipar às necessidades de cada população nos diversos territórios.

Assim, o MACC foi desenvolvido para ser aplicado em todos os níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele organiza a atenção e as ações de cuidado considerando a complexidade de cada caso e o tipo de atenção demandada, uma vez que usuários/usuárias com grau de obesidade

semelhante podem demandar cuidado profissional em intensidades diferentes. O cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade proposto pelo MACC requer que as equipes de saúde conheçam suas populações (o usuário e sua família) e seus territórios, identificando as redes de apoio para o cuidado. Requer também que o manejo das condições de saúde já estabelecidas seja feito com estratificação de risco, por meio das tecnologias de gestão da clínica considerando os determinantes sociais da saúde. (BRASIL, 2021; MENDES, 2012).

No MACC, a organização da atenção é realizada pela estratificação de risco para o manejo do sobrepeso e da obesidade. Sendo necessário pensar as ações de cuidado considerando a complexidade de cada caso e o respectivo nível de atenção demandado. Nas três colunas da pirâmide, (Figura 1), estão representadas da esquerda para a direita, na primeira coluna a estratificação da população do território com o recorte do público-alvo da linha de cuidado; na segunda coluna as intervenções de cuidado para cada estrato populacional considerando a complexidade de cada caso por nível de atenção; na terceira coluna são considerados os Determinantes sociais. Abaixo da pirâmide, considerando os cinco níveis que a compõe, estão descritas as principais intervenções de saúde a serem trabalhadas em relação à população adscrita na UAPS e às subpopulações estratificadas.

Figura 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade



Fonte: Brasil, 2021; Mendes, 2011.

Níveis 1 e 2: Pessoas que não possuem obesidade, que demandam ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade, de forma a alcançar e/ou manter níveis saudáveis do peso corporal, dos hábitos alimentares e da prática de atividade física;

Nível 3: Pessoas com obesidade, sem comorbidades ou indicação cirúrgica de tratamento. Demandam intervenções de autocuidado apoiado ofertadas pela eSF ou equivalente, com ênfase na atenção multiprofissional;

Nível 4: Pessoas com obesidade e comorbidades, mas sem indicação cirúrgica de tratamento. Possuem maior necessidade da atenção cooperativa da eSF ou equivalente, das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e da AAE;

Nível 5: Pessoas com obesidade, condições crônicas muito complexas e indicação de tratamento cirúrgico ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas e $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$, sem sucesso no tratamento longitudinal realizado por no mínimo dois anos na APS ou com $\text{IMC} \geq 50 \text{ kg/m}^2$). Demandam a gestão de caso, com bastante cuidado profissional em todos os pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS e grande participação dos profissionais da AAE (Adaptado de BRASIL, 2021).



6. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O excesso de peso é caracterizado pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo e é formado pela soma dos estados nutricionais de sobrepeso e obesidade. O excesso de gordura corporal configura-se como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), associa-se ao aumento significativo da morbidez e mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024).

Desde 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o National Institute of Health (NIH) adotam o Índice de Massa Corporal (IMC) como índice para avaliar a obesidade. O IMC corresponde à proporção entre o peso e a altura corporal e é obtido por meio da divisão do peso (quilogramas) pelo quadrado da altura (metros). Quando esse índice é $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, a obesidade é denominada "grau III", "grave" (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024). Quando o IMC é igual ou superior a 25 kg/m^2 , a pessoa é considerada com excesso de peso. Especificamente, aqueles que têm um IMC entre 25 e $29,9 \text{ kg/m}^2$ são classificados como sobrepeso. A obesidade é definida a partir de um IMC de 30 kg/m^2 ou mais, e quando o IMC atinge 40 kg/m^2 ou mais, a obesidade é classificada como "grau III" ou "grave".

Destaca-se que o uso do IMC, entretanto, apresenta limitações como único parâmetro para diagnóstico da obesidade, visto que ele não faz distinção entre massa muscular e gordura corporal, não indica a distribuição da gordura corporal e não distingue quanto a sexo e etnia. Assim, deve ser feita avaliação criteriosa do significado dessa medida. Além do IMC, recomenda-se a avaliação da circunferência abdominal, relação cintura-quadril e outros métodos que forneçam uma análise mais detalhada da composição corporal. (BRASIL, 2020; THE LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY COMMISSION, 2025).

6.2. Situação Epidemiológica do excesso de peso e da obesidade

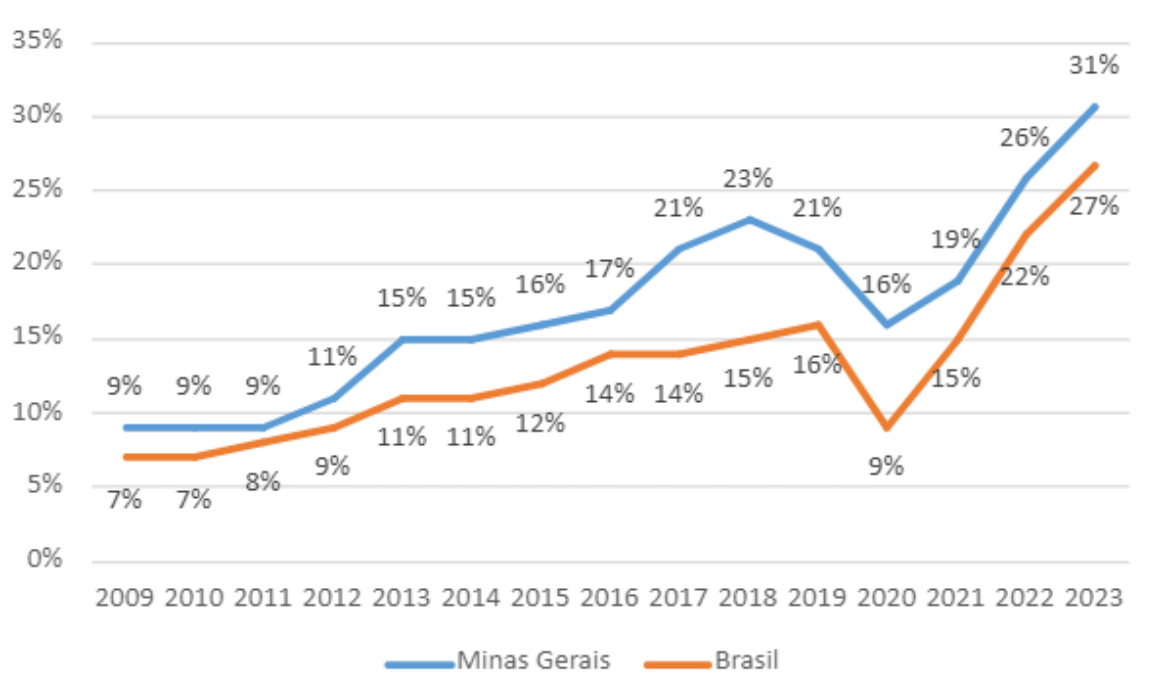
Os sistemas de informação em saúde permitem monitorar tendências, condicionantes e determinantes das condições de saúde. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é o sistema de informação utilizado para o registro e a gestão das informações de VAN, possibilitando o monitoramento e a avaliação da situação nutricional e alimentar da população brasileira. Os dados coletados (dados antropométricos e marcadores de consumo alimentar) no

território são registrados pelo município no e-SUS APS ou no SISVAN, oriundos de atendimento e/ou atividade realizada pela equipe da APS, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), como as Academias da Saúde, nos domicílios, em atividades desenvolvidas nos equipamentos sociais, e integram os relatórios do SISVAN (BRASIL, 2022).

A figura 2 apresenta o percentual da população adulta do Brasil e de Minas Gerais que teve seu estado nutricional avaliado pela APS no período de 2009 a 2023, conforme relatórios do SISVAN. Nota-se que em Minas Gerais houve um aumento progressivo na cobertura entre os anos de 2009 (9%) até 2019 (21%). Destaca-se uma queda nos percentuais a partir de 2020 devido aos impactos da pandemia de COVID 19, com retomada da elevação dos percentuais já em 2021 alcançando o valor de 31% em 2023.

Destaca-se a importância de alimentação dos sistemas de informação para adequada avaliação da situação epidemiológica da saúde da população, principalmente para possibilitar maiores níveis de desagregação. No caso, a avaliação do estado nutricional da população é dependente de um alto percentual de cobertura de indivíduos avaliados.

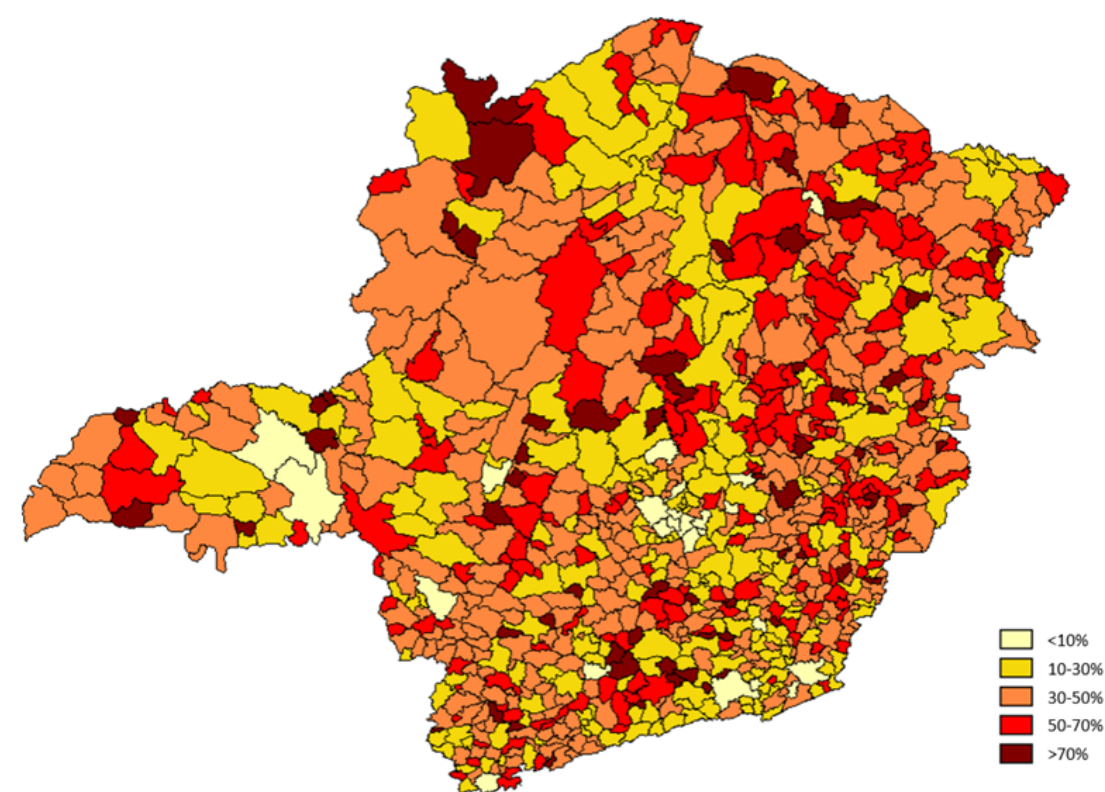
Figura 2 – Cobertura do estado nutricional em Minas Gerais e Brasil de 2009 a 2023.



Fonte: SISVAN, 2024.

Na figura 3 apresenta o mapa de calor referente às coberturas populacionais de avaliação do estado nutricional em adultos, nos municípios mineiros, no ano de 2023, destacando a necessidade de aumentar as coberturas em muitos municípios.

Figura 3 – Distribuição geográfica da cobertura de avaliação do estado nutricional da população adulta mineira, segundo municípios, 2023.



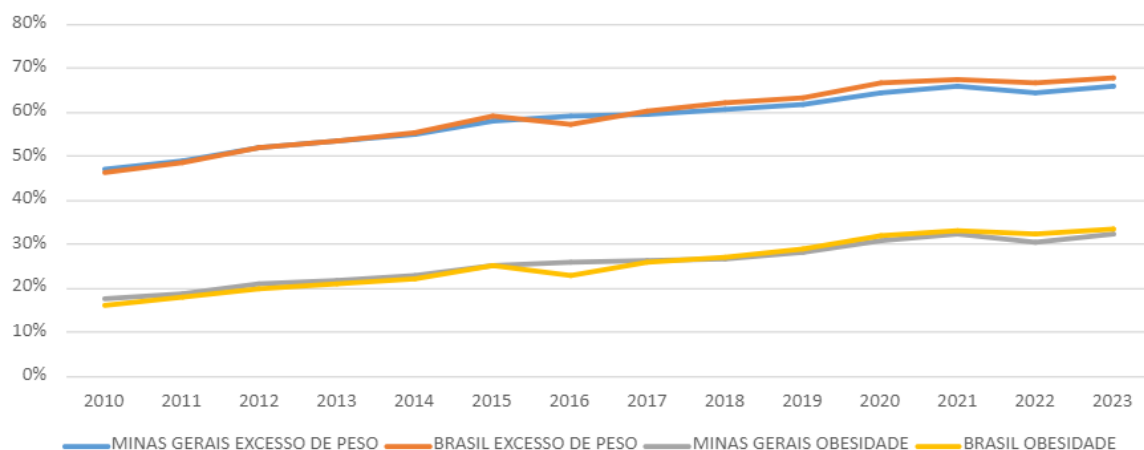
Fonte: SISVAN, 2024.

Segundo dados do SISVAN, em 2023, no Brasil, 67% dos adultos avaliados nas unidades de atenção primária à saúde estavam com excesso de peso, destes, 33% apresentavam obesidade (SISVAN, 2024).

Os dados de Minas Gerais, segundo dados do SISVAN são próximos a realidade brasileira, em 2023, 66% dos adultos mineiros estavam com excesso de peso e 31%, com obesidade (Figura 4).

Nos últimos 13 anos, verifica-se que a obesidade cresceu 72% de 2010 a 2023 no estado, e o excesso de peso teve um aumento de 40% no mesmo período. (Figura 4).

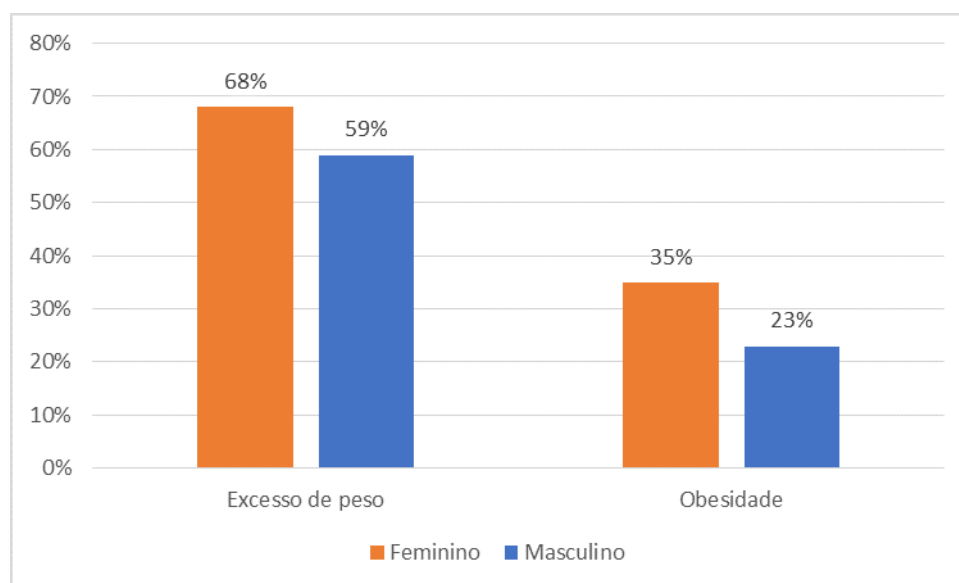
Figura 4 – Evolução temporal da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos em Minas Gerais e no Brasil, 2010 a 2023.



Fonte: : SISVAN, 2024.

Ao observar a distribuição da prevalência por sexo em Minas Gerais (Figura 5), nota-se que as mulheres (68%) apresentam percentuais mais elevados de excesso de peso do que os homens (59%). Quanto à obesidade foi observada em 35% das mulheres e 23% dos homens avaliados.

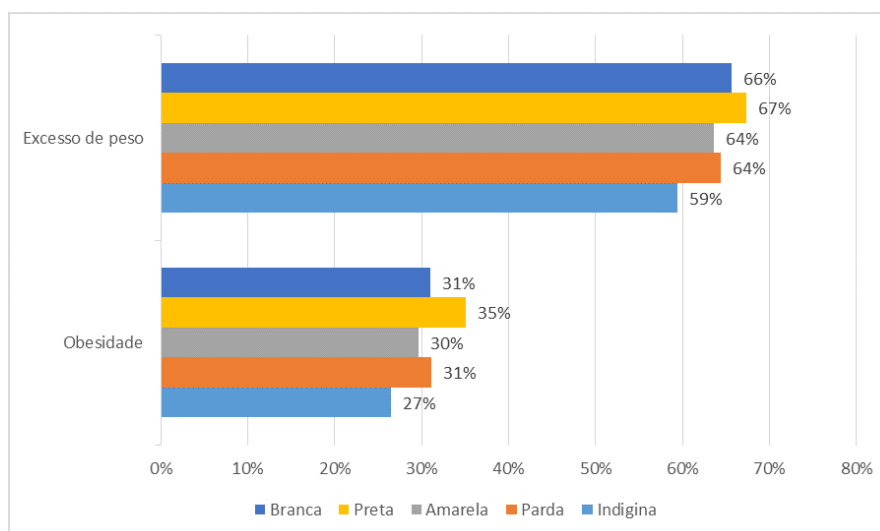
Figura 5 – Percentual de excesso de peso e obesidade, por sexo, Minas Gerais, 2023.



Fonte: SISVAN, 2024.

Em relação a estratificação do excesso de peso e obesidade por raça-cor, é observada, em Minas Gerais, uma tendência de maior prevalência de excesso de peso e obesidade entre a população da raça preta, 68% e 35%, respectivamente. (Figura 6)

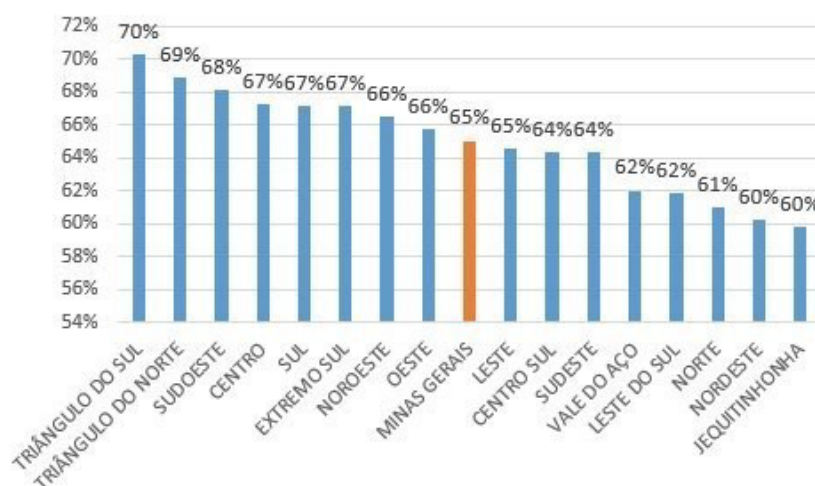
Figura 6 – Prevalência de excesso de peso e obesidade por raça-cor entre adultos, Minas Gerais, 2023.



Fonte: SISVAN, 2024.

Observando a distribuição geográfica de excesso de peso em adultos nas macrorregiões do estado de Minas Gerais observa-se que o Triângulo do Sul (70%), Triângulo de Norte (69%) e Sudoeste (68%) apresentam as maiores prevalências (Figura 7).

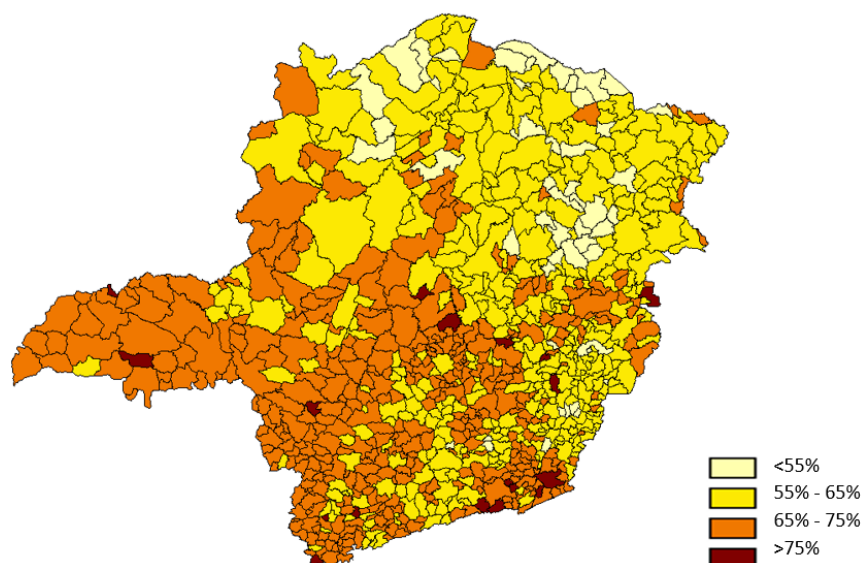
Figura 7 – Prevalência de excesso de peso em adultos por macrorregião em Minas Gerais, 2023.



Fonte: SISVAN, 2024.

Na Figura 8 observamos a distribuição geográfica por município do excesso de peso em adultos: 11 municípios se destacam com taxas de excesso de peso maiores que 75%. A maior parte dos municípios mineiros (51%) contam com taxas de excesso de peso no intervalo entre 65 e 75% da população.

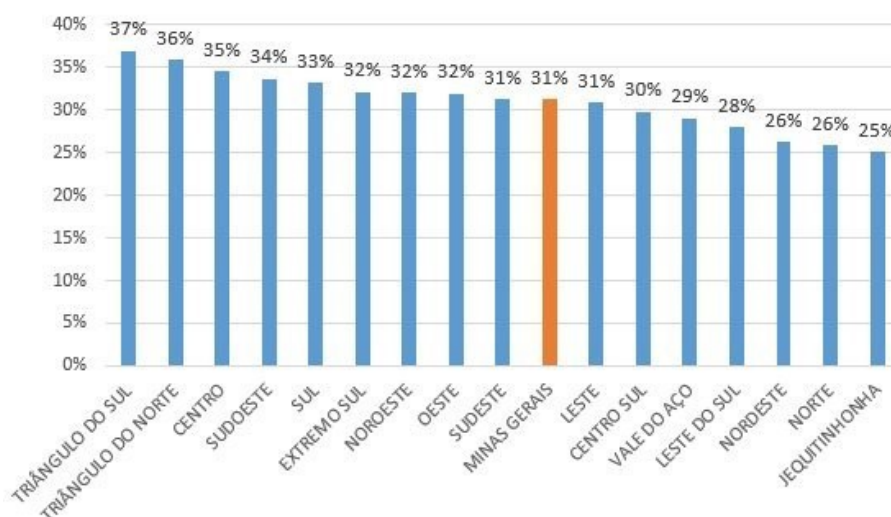
Figura 8 – Distribuição geográfica do Excesso de Peso em adultos por município, Minas Gerais, 2023.



Fonte: SISVAN, 2024.

Em relação à distribuição geográfica de obesidade em adultos as macrorregiões de Triângulo do Sul e Triângulo de Norte continuam com os maiores percentuais, 37% e 36%, respectivamente, seguidas pela Centro, 35% (Figura 9).

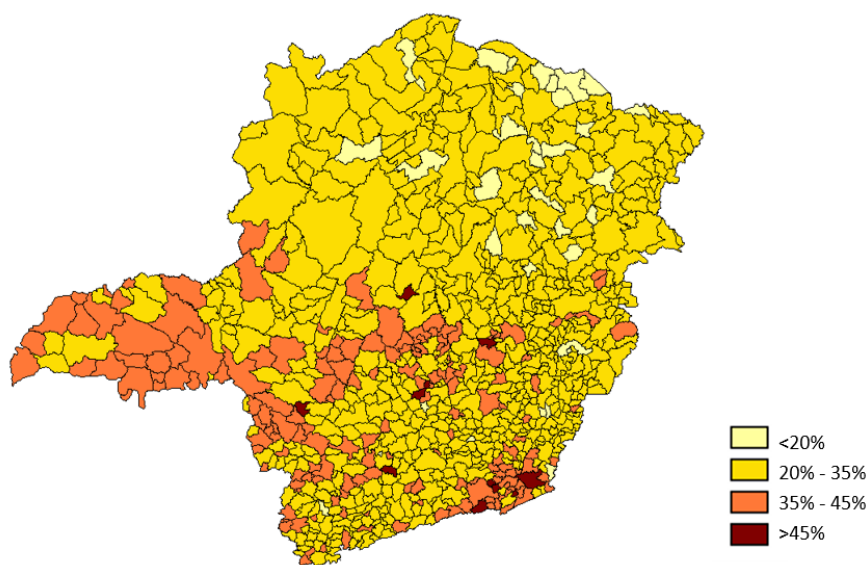
Figura 9 – Prevalência de obesidade em adultos por macrorregião de Minas Gerais, 2023.



Fonte: SISVAN, 2024.

Ao analisar a distribuição de obesidade em adultos por município, 6 municípios despontam com taxas maiores que 45% e, 75% dos municípios do estado apresentam taxas entre 20 e 35% de adultos com obesidade (Figura 10).

Figura 10 – Distribuição geográfica da Obesidade em adultos, por município no estado de Minas Gerais, 2023.



Fonte: SISVAN, 2024.

Os inquéritos de saúde também desempenham um papel fundamental na obtenção de informações abrangentes sobre o estado de saúde da população, proporcionando uma visão detalhada e contextualizada dos diversos aspectos relacionados à saúde pública no País. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) são iniciativas conduzidas pelo Ministério da Saúde, sendo a PNS em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNS 2019 estimou que mais da metade da população adulta brasileira apresentou excesso de peso (60,3%), ou seja, cerca de 96 milhões de pessoas, indicando uma prevalência maior do que a estimada pela PNS 2013, que foi de 57%. Houve aumento também no percentual de obesidade, que variou de 20,8% em 2013 para 25,9% em 2019 (Adaptado de IBGE, 2021).

Estudo recente realizado com os dados do Vigitel analisou a estimativa de indicadores do excesso de peso e da obesidade no conjunto das capitais brasileiras e no Distrito Federal. Ao analisar a frequência de adultos com excesso de peso, observou-se, em nível nacional, uma variação de 42,6% em 2006 para 61,4% em 2023. Esse aumento foi observado em ambos os sexos, com maior aumento entre as mulheres, variando de 38,5% em 2006 para 59,6% em 2023. Em relação à obesidade, a frequência de adultos com essa condição aumentou no

período analisado, em nível nacional, variando de 11,8% em 2006 para 24,3% em 2023. Esse aumento foi observado em ambos os sexos, sendo maior entre as mulheres, variando de 12,1% em 2006 para 24,8% em 2023 (BRASIL, 2024).

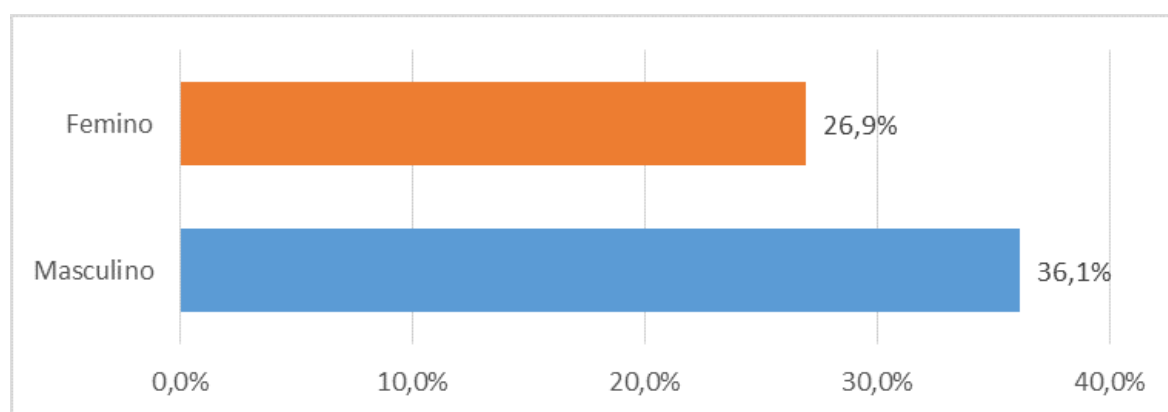
6.3. Situação dos fatores de risco para a obesidade

Segundo a PNS de 2019, em Minas Gerais, o percentual de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer foi de 30,4%. A PNS mostrou, que em Minas Gerais, houve aumento do percentual de adultos com 18 anos ou mais que praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer, variando de 23,3% em 2013 para 30,4% em 2019.

O Vigitel, que lançou publicação com estimativas de indicadores de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, apontou que em nível nacional, a frequência de adultos que praticaram o nível recomendado de atividade física aumentou no período entre 2009 e 2021, variando de 30,3% em 2009 para 36,7% em 2021. Notou-se, ainda, que esse aumento foi observado em ambos os sexos, com maior expressividade entre as mulheres, variando de 22,2%, em 2009, a 31,3% em 2021 (BRASIL, 2022).

Ao se comparar a prática de atividade física entre os sexos, trazida pela PNS, observou-se que, no estado, os homens praticam mais atividade física do que as mulheres. A pesquisa apontou que 36,1% dos homens e 26,9% das mulheres maiores de 18 anos praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer.

Figura 11 – Percentual de indivíduos com 18 anos ou mais de idade que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer em Minas Gerais, por sexo, 2019.

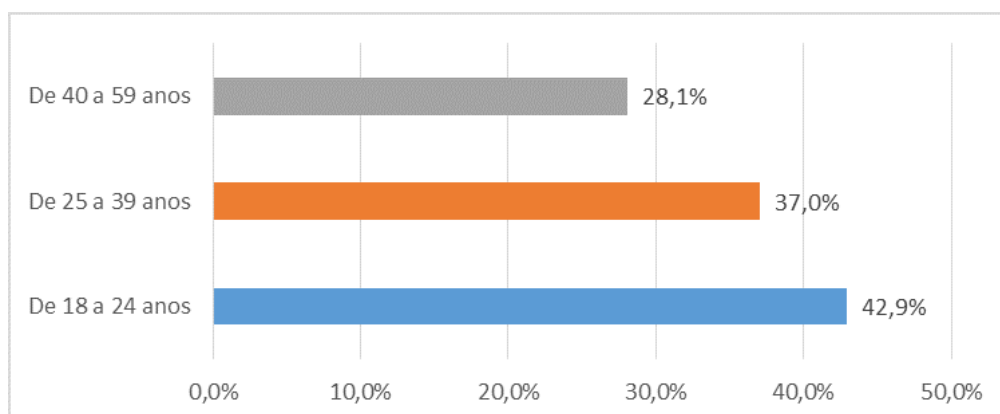


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

No Estado, o percentual de adultos que praticavam o nível recomendado de atividade física no tempo livre tendeu a diminuir com o avançar da idade. Foi

possível observar um percentual de 42,9% no grupo etário de 18 a 24 anos, de 37%, na faixa etária de 25 a 39 anos e de 28,1% entre os adultos de 40 a 59 anos (Figura 12).

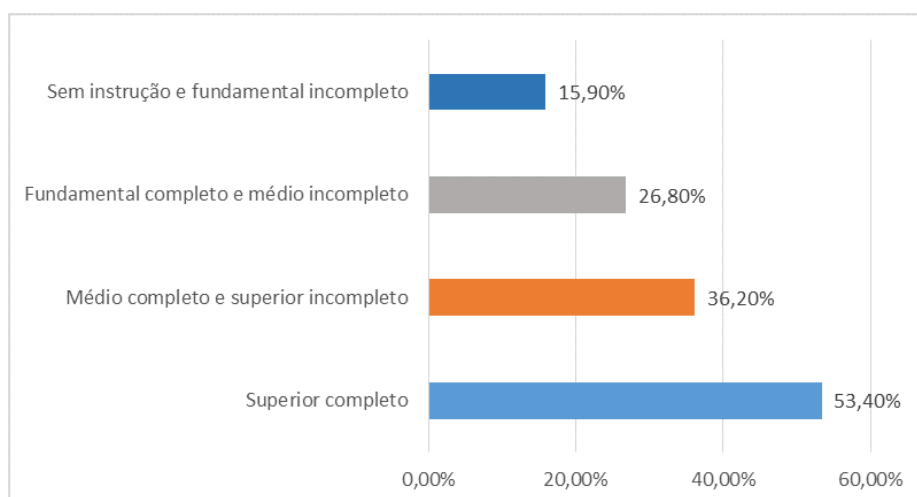
Figura 12 – Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer, em Minas Gerais, por faixa etária, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Em relação ao nível de instrução, percebeu-se que, em Minas Gerais, quanto maior formação, maiores foram os percentuais de pessoas que praticaram o nível recomendado de atividade física. O percentual entre as pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto foi de 15,9% sendo que entre as pessoas com nível superior, 53,4% praticaram o nível recomendado de atividade física.

Figura 13 – Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer, em Minas Gerais, por escolaridade, 2019.



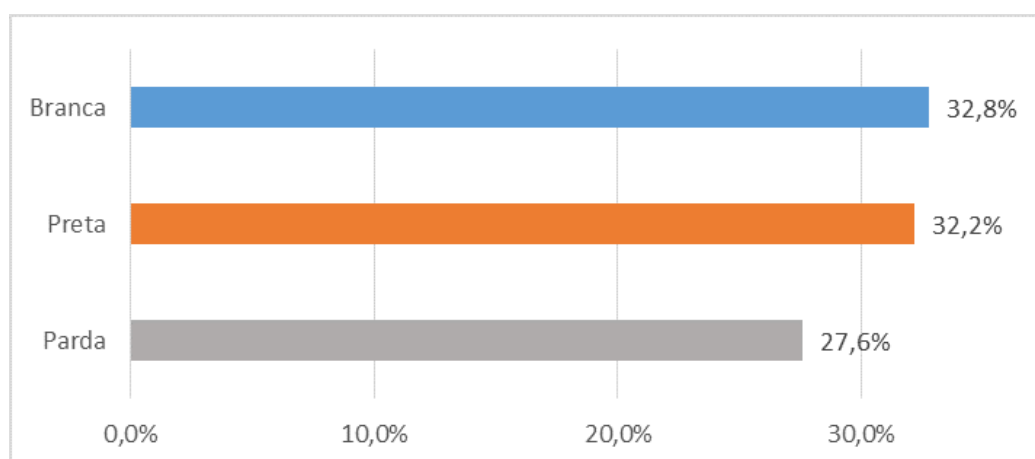
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Quando comparamos os padrões por raça/cor temos os seguintes dados representados na figura 14, as pessoas de raça/cor branca e preta possuem percentuais próximos, sendo 32,8% e 32,2%, respectivamente. As pessoas de raça/cor parda ficaram com o percentual de 27,6%. Quanto às pessoas de raça/cor indígena, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) não oferece dados sobre a prática de atividades físicas nessa população.

“Embora muitos esportes conhecidos atualmente, como a peteca e o cabo de guerra, tenham origem indígena, observa-se uma tendência crescente de sobrepeso e obesidade entre a população indígena, acompanhada pelo aumento da prevalência e gravidade de doenças crônicas. Esses problemas estão diretamente relacionados ao contato com a cultura não indígena, que exerce efeitos homogeneizantes no plano sociocultural, especialmente por meio da restrição espacial, promovendo uma estrutura sedentária em etnias historicamente nômades. Além disso, ocorreram mudanças significativas nos hábitos alimentares, com a redução do consumo de alimentos tradicionais ricos em fibras e micronutrientes e o aumento da ingestão de alimentos processados e ultraprocessados. Esses fatores têm contribuído para a transição nutricional dessa população, resultando em um aumento expressivo de doenças como obesidade, hipertensão e diabetes (CARVALHO et al., 2022).”

Vale destacar que o SIASI não oferece dados sobre a prática de esportes entre a população indígena que vive em aldeias, dificultando o monitoramento de iniciativas voltadas à promoção de atividades físicas nesse grupo.

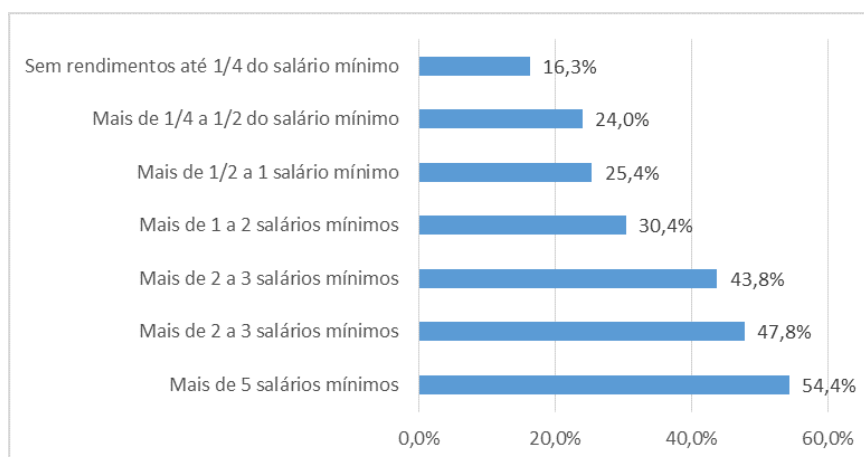
Figura 14 – Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer, em Minas Gerais, por cor/raça, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

A PNS de 2019 também avaliou a prática de atividade física a partir do rendimento financeiro. Nota-se, na figura 15, que quanto maior o rendimento, melhores os índices da prática de atividade física nos momentos de lazer.

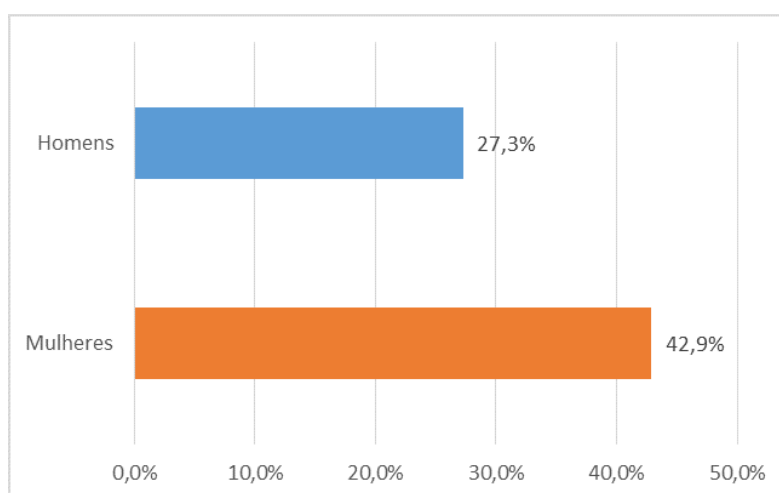
Figura 15 – Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que praticam o nível recomendado de atividade física no lazer, em Minas Gerais, de acordo com rendimento, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Foram consideradas pela PNS pessoas insuficientemente ativas aquelas que não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho. Em Minas Gerais o percentual de pessoas insuficientemente ativas foi de 35,6%. A população feminina (42,9%) apresentou percentuais mais elevados que os homens (27,3%), conforme gráfico abaixo.

Figura 16 – Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade insuficientemente ativos, em Minas Gerais, por sexo, 2019.

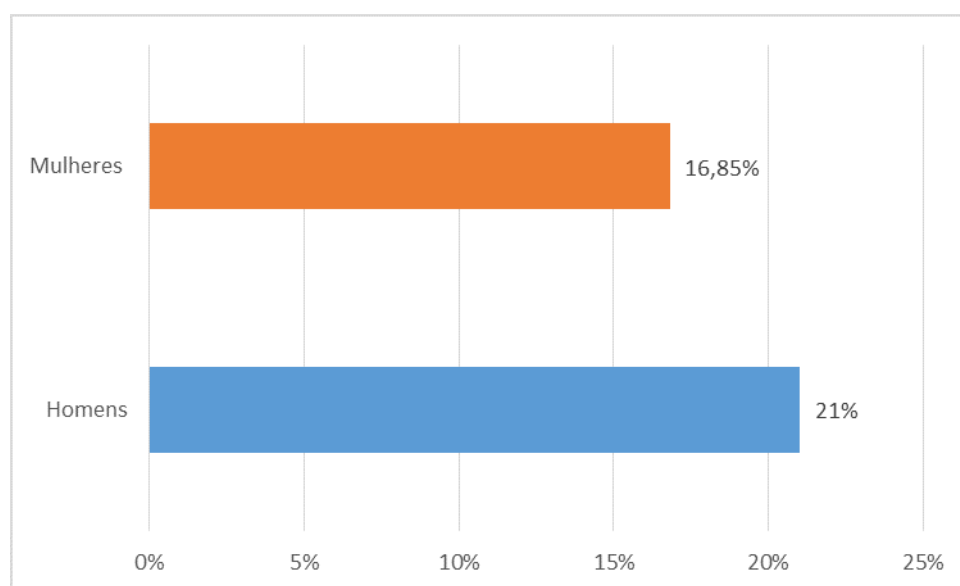


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

O tempo gasto em comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento do risco de desenvolver diversas doenças sendo que existem várias evidências de que quanto maior o número de horas diárias que o indivíduo dedica assistindo televisão maior o risco de exposição à obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis. A PNS analisou o comportamento sedentário por meio da avaliação dos indivíduos que assistiram televisão por mais de 3 (três) horas por dia.

Em Minas Gerais o percentual de pessoas que assistiram televisão por mais de três horas por dia foi de 19%. Considerando os dados por sexo observamos que os homens passam mais tempo em frente as telas, possuindo percentuais mais elevados (21%) do que as mulheres (16,85%), como representa a figura 17.

Figura 17 – Pessoas de 18 anos ou mais de idade que assistem televisão por 3 horas ou mais por dia, em Minas Gerais, por sexo, 2019.

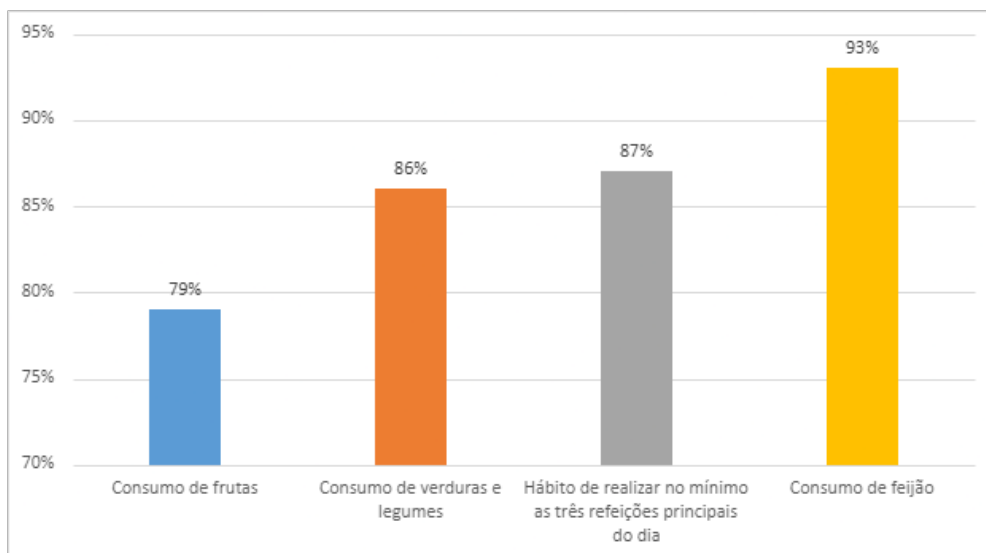


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

A PNS apontou, ainda, que 3% das pessoas avaliadas estão inseridas em programas públicos de incentivo à prática de atividade física.

Em relação ao consumo alimentar, segundo dados do SISVAN, é possível observar que, no que se refere aos marcadores de alimentação saudável em adultos, na figura 18, vemos que 93% consumiram feijão no dia anterior ao da avaliação; 87% apresentaram o hábito de realizar no mínimo as três refeições principais ao dia; 86% consumiram verduras e legumes e 79% consumiram frutas. Esses dados sugerem que a maioria dos adultos incluem alimentos saudáveis na sua alimentação.

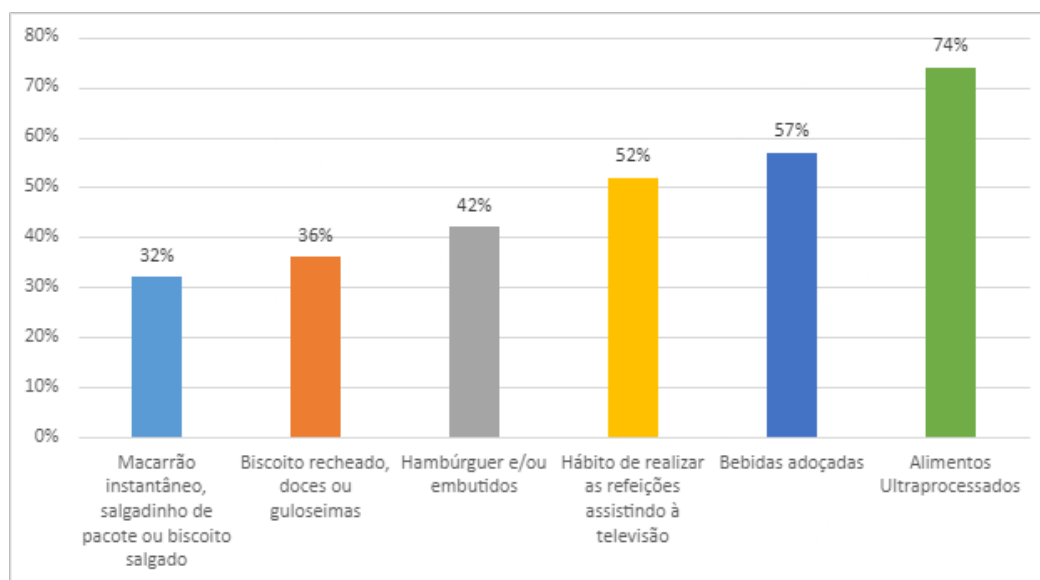
Figura 18 – Percentual de Adultos, avaliados na APS, em relação aos Marcadores de consumo de Alimentação Saudável no estado de Minas Gerais, no ano de 2023.



Fonte: SISVAN Web, 2024.

Já no que diz respeito aos marcadores de alimentação não saudável, representados na figura 19, dos adultos avaliados no ano de 2023 pelo SISVAN, mostram que 74% consumiram alimentos ultraprocessados; 57% consumiram bebidas adoçadas; 52% apresentaram o hábito de realizar as refeições assistindo à televisão; 42% consumiram hambúrguer e/ou embutidos; 36% consumiram biscoito recheado, doces ou guloseimas; 32% consumiram macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado; no dia anterior ao da avaliação. Esses dados sugerem que nessa faixa etária o consumo de alimentos considerados não saudáveis é, também, bastante elevado, o que pode contribuir para justificar o excesso de peso elevado nessa faixa etária.

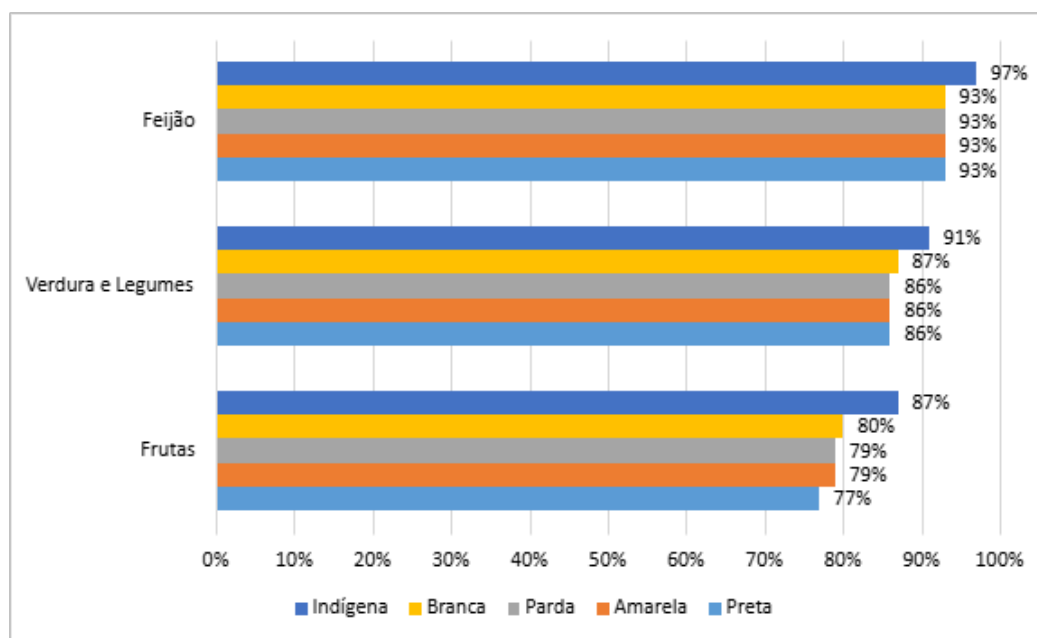
Figura 19 – Percentual de Adultos, avaliados na APS, em relação aos Marcadores de consumo de Alimentação Não Saudável, no estado de Minas Gerais, no ano de 2023.



Fonte: SISVAN Web, 2024.

Ao estratificar os marcadores de consumo alimentar por raça-cor (Figura 20), é observada no que se refere aos marcadores de alimentação saudável em adultos, em Minas Gerais, uma tendência de maior prevalência de consumo de alimentos saudáveis entre a população indígena, 97% consumiram feijão no dia anterior ao da avaliação, 91%, verduras e legumes e 87%, frutas. Entre as demais populações, o consumo de alimentos saudáveis também é alto e homogêneo, 93% consumiram feijão, 87% da população branca e 86% das demais populações consumiram verduras e legumes, e o consumo de frutas foi de 80% entre a população branca, 79% na população parda e amarela e 77% na população preta. Esses dados sugerem que em todas as populações, os alimentos saudáveis estão sendo inclusos na sua alimentação.

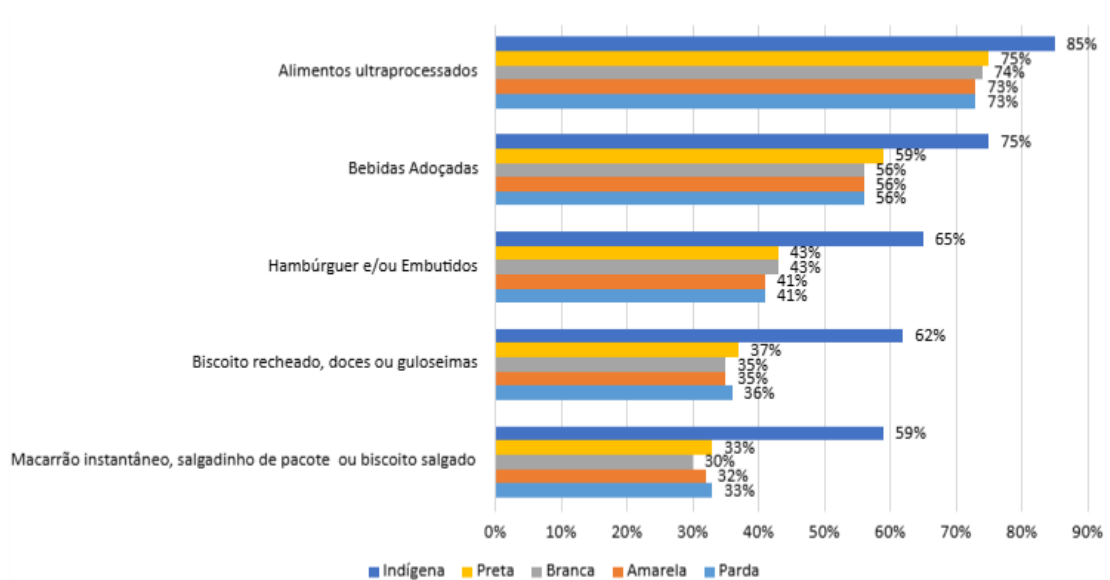
Figura 20 – Percentual de Adultos por raça-cor, avaliados na APS, em relação aos Marcadores de consumo de Alimentação Saudável no estado de Minas Gerais, no ano de 2023.



Fonte: SISVAN, 2023.

Em relação aos marcadores de alimentação não saudável (Figura 21), no dia anterior a avaliação, a população indígena estava com os maiores percentuais de consumo de alimentos ultraprocessados (85%), enquanto as demais populações apresentam consumo entre 73 e 75%. Em relação às bebidas adoçadas, o consumo foi de 75% na população indígena, e de 56 a 59% entre as demais populações, 65% dos indígenas consumiram hambúrguer e/ou embutidos, enquanto para as demais raças/cores o percentual ficou entre 43 e 41%. Biscoitos recheados, doces ou guloseimas apresentou um consumo também alto na população indígena (62%) e por fim o macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgados também apresentou um consumo mais elevado na população indígena em relação as demais. Esses dados sugerem que o consumo de alimentos considerados não saudáveis tem sido, também, bastante elevado. Importante salientar que os dados da população indígena se referem aos indígenas não aldeados. Os indígenas aldeados são acompanhados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Estudos mostram que houve uma mudança significativa nos hábitos alimentares dessa população, com a redução do consumo de alimentos tradicionais ricos em fibras e micronutrientes e o aumento da ingestão de alimentos processados e ultraprocessados (CARVALHO et al, 2022).

Figura 21 – Percentual de Adultos estratificados por raça-cor, avaliados na APS, em relação aos Marcadores de consumo de Alimentação Não Saudável no estado de Minas Gerais, no ano de 2023.



Fonte: SISVAN, 2023.

Estudos apontam que, no Brasil, comparando dados do consumo alimentar das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) 2008–2009 e 2017–2018, houve um aumento médio de 5,5% no consumo de alimentos ultraprocessados no período de dez anos, sendo mais expressivo em pessoas negras e indígenas, moradores da área rural e nos grupos populacionais com menores níveis de escolaridade e renda (LOUZADA *et al.*, 2023). A POF 2017–2018, aponta ainda que, em Minas Gerais, os alimentos ultraprocessados representaram cerca de um quinto (19,2%) do total de energia consumida em 2017–2018 (IBGE, 2020; LOUZADA *et al.*, 2023).

6.4. Fatores de risco para o sobrepeso e a obesidade

A obesidade é resultado de uma série complexa de determinação multifatorial, na qual estão envolvidos os fatores genéticos, comportamentais, ambientais que atuam em múltiplos contextos: familiar, comunitário, social, econômico, cultural e político.

Estudos indicam que existe uma predisposição ou susceptibilidade genética para a obesidade, sobre a qual atuam os fatores ambientais relacionados com os estilos de vida, em que se incluem principalmente os hábitos alimentares e de atividade física. A inativação de genes que regulam o equilíbrio energético pode resultar em distúrbios endócrinos, aumento anormal do apetite ou ingestão excessiva de alimentos e inibição de saciedade, que culmina na obesidade. A coexistência de obesidade em vários membros da mesma família, con-

firma a participação da herança genética na incidência da obesidade. A probabilidade de que os filhos tenham obesidade quando os pais o são, foi estimada em alguns estudos obtendo-se percentagens entre 50% e 80% (LOPES *et al.*, 2022).

Fatores de risco comportamentais relacionam-se com as ações realizadas pelo indivíduo e que podem ser modificados ou eliminados por meio de escolhas comportamentais ou estilo de vida. Dentre os fatores individuais/comportamentais que podem estar associados à condição obesidade nos indivíduos, destacam-se a ausência ou curta duração do aleitamento materno, a alimentação desbalanceada, a inatividade física e o aumento do comportamento sedentário. Pesquisas apontam que crianças amamentadas apresentem menor chance de desenvolver obesidade, hipertensão, diabetes e vários tipos de câncer na vida adulta (FREITAS *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2022).

Em relação à alimentação, observa-se que o padrão alimentar do brasileiro nas últimas décadas passou por significativas transformações, em que houve redução do consumo de alimentos in natura e minimamente processados e aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, o que está relacionado ao aumento dos percentuais de excesso de peso entre a população (BRASIL, 2014; SILVA *et al.*, 2019)

Sobre as recomendações acerca da alimentação saudável destaca-se o Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde. Ele recomenda que a alimentação da população brasileira tenha como base os alimentos in natura e os minimamente processados, aqueles, respectivamente obtidos de plantas ou animais sem ter sofrido processamento, e os que foram submetidos a alterações mínimas na indústria, como corte, limpeza e embalagem. Como exemplo temos verduras, legumes e frutas, tubérculos (batata, mandioca etc.); arroz; milho (em grão ou na espiga); cereais; farinhas; feijão e outras leguminosas; leite; iogurte (sem açúcar ou outras substâncias); ovos; carnes; pescados; frutos do mar e castanhas.

O Guia Alimentar orienta, também, o consumo limitado de alimentos processados, que são os alimentos produzidos com adição de açúcar, sal, óleo ou vinagre, como frutas em calda, carnes salgadas, queijos e pães e evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, que são formulações industriais feitas tipicamente com cinco ou mais ingredientes, como biscoitos, sorvetes e guloseimas; macarrão “instantâneos”; salgadinhos “de pacote”; refrescos e refrigerantes; achocolatados; iogurtes e bebidas lácteas adoçadas; bebidas energéticas; maionese e outros molhos prontos; produtos congelados e prontos para consumo (massas, pizzas, hambúrgueres, nuggets, salsichas, etc.); pães de forma; pães doces e produtos de panificação que possuem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar e outros aditivos químicos. O consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, que são de baixo valor nutricional, altamente calóricos e ricos em gordura, açúcar, sódio e com menor quantidade de fibras, vitaminas e minerais, resulta em uma alimentação desbalanceada, com consumo excessivo de calorias e oferta desequilibrada de nutrientes na alimentação, sendo um fator de risco para o desenvolvimento da obesidade e

outras doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

Quanto à inatividade física e o comportamento sedentário, são considerados um fator de risco para o excesso de peso na medida em que contribuem para o desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e gastas. A atividade física é definida como o comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso. A atividade física é importante para o pleno desenvolvimento humano e deve ser praticada em todas as fases da vida. Tem como benefícios o controle do peso, a melhora da qualidade de vida, do humor, da disposição, da interação com as outras pessoas e com o ambiente além de diminuir a chance de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade, alguns tipos de cânceres, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, dentre outras. Pode ocorrer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas. São exemplos de atividade física: caminhar, correr, pedalar, subir escadas, dançar, limpar a casa, carregar objetos, brincar, passear com animais de estimação, praticar esportes, lutas, ginásticas, yoga, entre outros (BRASIL, 2021).

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, recomenda que adultos devem praticar, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou, pelo menos, 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. Na prática, nas atividades físicas moderadas, a respiração e os batimentos cardíacos aumentam moderadamente sendo possível conversar com dificuldade enquanto se movimenta, mas não se consegue cantar. Já nas atividades físicas vigorosas a respiração e os batimentos cardíacos aumentam muito não sendo possível nem conversar. É possível, também, alcançar a quantidade recomendada de atividade física por semana combinando atividades moderadas e vigorosas. Recomenda-se, ainda incluir atividades de fortalecimento dos músculos e ossos, tais como musculação e exercícios com sobrecarga externa ou do peso do corpo em pelo menos 2 dias na semana. Já a inatividade física é a falta de realização de atividade física conforme a recomendação citada (BRASIL, 2021).

Sobre o comportamento sedentário, é importante destacar que ele envolve atividades que são realizadas quando se está acordado sentado, reclinado ou deitado e gastando pouca energia. Por exemplo, quando está em uma dessas posições usando o celular, computador ou assistindo à televisão ou à aula, realizando trabalhos manuais, se deslocando dentro do carro, ônibus ou metrô.

Em relação aos fatores ambientais que influenciam no aumento do excesso de peso, destaca-se que eles são capazes de promover ou facilitar escolhas alimentares não saudáveis e comportamentos sedentários, são denominados ambientes obesogênicos. O principal elemento para o aumento da prevalência de obesidade nas populações é o ambiente cada vez mais obesogênico, e não os fatores genéticos. O ambiente pode ser caracterizado:

- pela facilidade de compras de alimentos de rápido preparo e consumo;
- Pela elevada disponibilidade de alimentos ultraprocessados e baixa disponibilidade de alimentos in natura e minimamente processados;
- pela exposição à propaganda ou a pressões sociais e culturais;
- pela tendência a comer fora do domicílio, que favorecem o consumo excessivo de alimentos com alta densidade energética e baixo teor de nutrientes;
- pela indisponibilidade de espaços públicos seguros para prática de atividade/exercício físico;
- pela condição financeira ou desemprego;
- pela insegurança alimentar;
- pela ausência de suporte social;
- por múltiplas tarefas domésticas e/ou profissionais,
- por ocupações sedentárias, entre outros.

Como exemplo de como isso acontece, pode-se citar que as populações vulnerabilizadas têm menor acesso à alimentos saudáveis (in natura, minimamente processados e ingredientes culinários) os quais têm uma tendência contínua de alta nos preços, enquanto para os não saudáveis tem se observado uma diminuição. Estudos mostram que o preço (R\$ por kg) da comida saudável superou o da não saudável a partir do ano de 2022 (ANDRADE, 2024).

Os múltiplos fatores que resultam na obesidade estão relacionados aos determinantes sociais de saúde (DSS), já que os fatores individuais/comportamentais estão envolvidos por redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, que se relacionam com condições socioeconômicas, políticas, culturais e ambientais, que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios (BRASIL, 2024; FIOCRUZ, 2022). As disparidades sociodemográficas, condicionantes das desigualdades sociais e econômicas, e de consequente acesso aos serviços de saúde, influenciam em como o crescimento da obesidade impacta e perpassa de forma diferente as populações vulnerabilizadas. As políticas públicas orientadas para a prevenção e redução do crescimento do sobrepeso e da obesidade, assim como o cuidado integral das pessoas com sobrepeso e obesidade devem sempre considerar os DSS. Aquelas que são construídas sem considerar os DSS tendem a perpetuar uma série de iniquidades e de desconexões com a realidade vivida pelas pessoas que pretendem alcançar (ESTIVALETI, J. M., *et al.*, 2022; RODRIGUES *et al.*, 2023).

Embora esteja estabelecido que a obesidade é de origem multifatorial, ainda é comum supervalorizar os determinantes individuais, em detrimento dos ambientais e sociais. Considerá-la como responsabilidade ou escolha individual; e relacioná-la a estereótipos, como falta de força de vontade, de disciplina, de autocontrole e de autocuidado, são atitudes culpabilizadoras e estigmatizantes que devem ser evitadas (BRASIL, 2024).

É importante, ainda, destacar algumas condições de saúde, como doenças endócrinas, doenças psiquiátricas, doenças genéticas raras, comprometimento do sistema imunológico e utilização de medicamentos que também podem estar associadas com o ganho de peso e devem ser avaliadas na história clínica. Na suspeita clínica, realizar abordagem diagnóstica de acordo com cada caso. O quadro 1, apresenta os principais Determinantes Sociais; Condições Associadas e Fatores de Risco relacionados ao Sobrepeso e à Obesidade.

Quadro 1 – Matriz dos Fatores de Risco para o Sobrepeso e a Obesidade

Matriz dos Fatores de Risco para Sobrepeso e Obesidade			
Tipo	Ítem	Categorias	Fatores
Determinantes Sociais	Individuais	Fatores individuais não modificáveis: idade, sexo e hereditariedade.	São aqueles inerentes aos indivíduos e não modificáveis, como as características de idade, sexo e fatores genéticos que exercem influência sobre seu potencial de vida e suas condições de saúde.
	Proximais	Condições comportamentais e de estilo de vida.	Fatores relacionados a comportamentos e estilos de vida como o tabagismo, o reduzido consumo de alimentos in natura e minimamente processados, consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e de bebidas alcóolicas, a inatividade física etc.
	Intermediários	Ambiente obesogênico.	São ambientes que oferecem oportunidades e condições de vida que promovem a obesidade em indivíduos ou populações, ou seja, são os ambientes que dificultam a realização de escolhas saudáveis, favorecendo o sedentarismo e a adoção de hábitos alimentares inadequados. Como, por exemplo, ambientes com falta de lugares públicos seguros para a prática de atividade física, baixa disponibilidade de alimentos in natura e alimentos in natura com preços menos acessíveis do que alimentos ultraprocessados.
		Barreiras de acesso a bens e serviços essenciais.	São dificuldades ou entraves enfrentados pelos usuários e usuárias para acessar os serviços de saúde e uma melhor qualidade de vida, principalmente em se tratando de pessoas vivendo em situações de vulnerabilidades como a pobreza, o racismo, a discriminação, o preconceito, o estigma, barreiras geográficas, culturais e linguísticas, dentre outras.
		Condições socioeconômicas, étnicas e culturais.	Apesar do crescimento da obesidade estar presente em todas as idades e grupos socioeconômicos, a velocidade e a extensão do ganho de peso tendem a variar de acordo com sexo, faixa etária, raça/cor da pele e escolaridade. Estima-se que adultos com menor nível de escolaridade, negros e outras etnias minoritárias poderão ter uma prevalência ainda maior de

			obesidade graus II e III até 2030, em comparação com a população em geral. Grupos mais desfavorecidos socioeconomicamente tendem a ter menos acesso a cuidados de saúde. As populações vulnerabilizadas são grupos e comunidades com maior risco de problemas de saúde resultante das barreiras que enfrentam para acessar os recursos sociais, econômicos, políticos e ambientais e como limitações devido a doença ou deficiência (FIOCRUZ, 2022).
Condição Associada	Doenças psiquiátricas	Depressão; Doença do Estresse pós-traumático; Transtornos de Ansiedade; Transtorno de Humor Bipolar; Adição a drogas; Transtornos Alimentares (compulsão alimentar periódica e bulimia).	As condições psicológicas podem estar associadas à obesidade. Os indivíduos com sobrepeso ou obesidade devem ser avaliados quanto a fatores psicológicos ou psiquiátricos que podem interferir no sucesso e na adesão ao tratamento (BRASIL, 2020). Entre outros sinais e sintomas, está o ganho de peso, devendo ser avaliadas e tratadas quando identificadas
	Doenças genéticas raras e Doenças endócrinas	Osteodistrofia hereditária de Albright, Prader-Willi, Bardet Biedel e Alstrom; Hipotireoidismo; Síndrome de Cushing; Síndrome dos ovários policísticos.	As Doenças genéticas raras e as condições endócrinas, como a obesidade hipotalâmica e a síndrome de Cushing, bem como outras condições que podem estar associadas com grande excesso de peso, como o hipotireoidismo, em geral, são acompanhadas por outros achados clínicos (BRASIL, 2014).
	Comprometimento do Sistema Imunológico		O acúmulo excessivo de gordura corporal induz um processo inflamatório crônico no organismo, o qual pode levar a um estado de inflamação crônica e alteração na resposta imunológica e na recuperação de cirurgias. A resposta imunológica e inflamatória das pessoas com obesidade também merece atenção especial no consultório odontológico. A presença da obesidade com outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, agrava ainda mais o comprometimento do sistema imune (APCD, 2024).

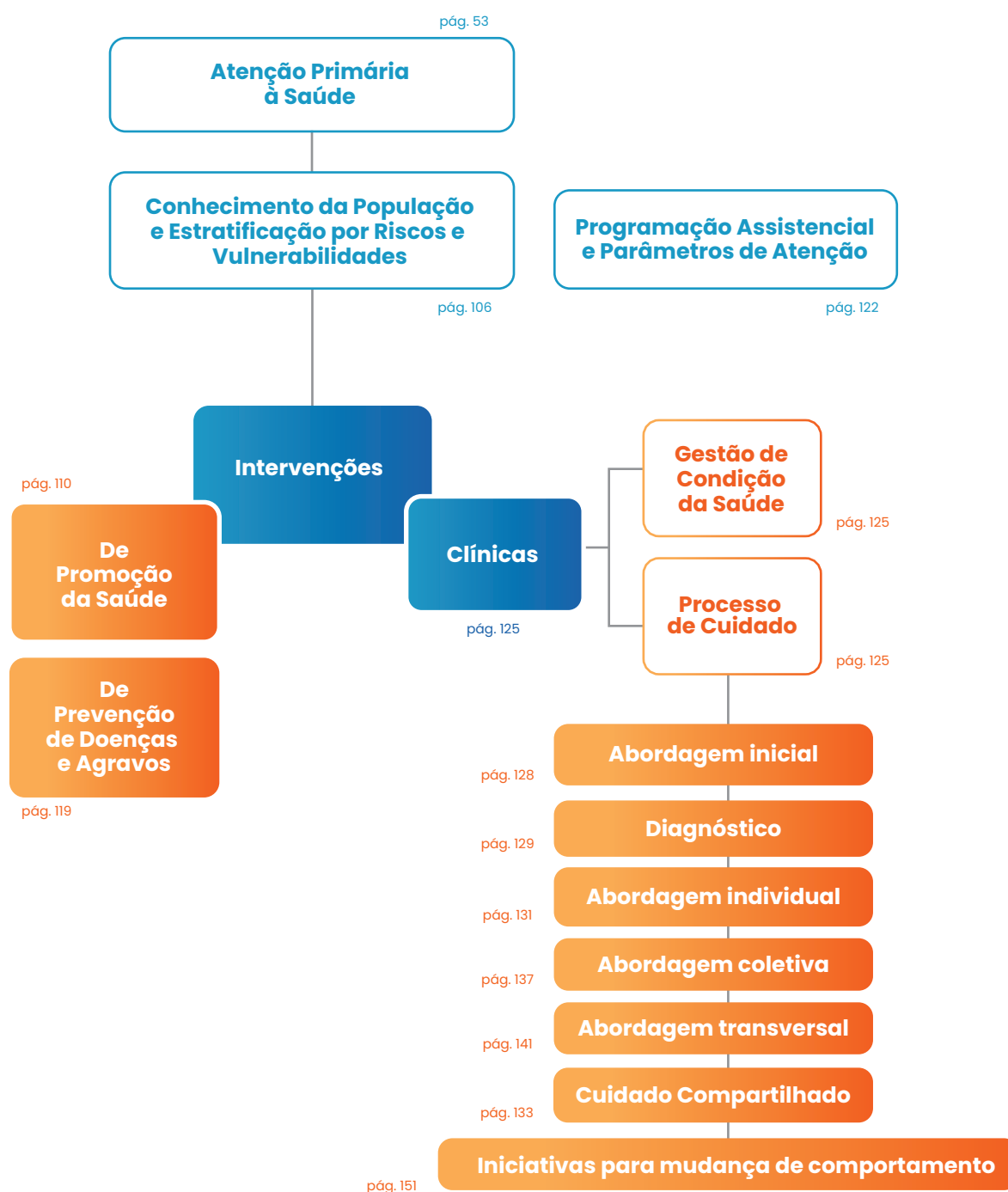
	Utilização de medicamentos	Antipsicóticos	Antipsicóticos tem efeitos variáveis sobre o peso corporal. Antipsicóticos convencionais (primeira geração), com destaque para a tioridazina; Antipsicóticos Atípicos (segunda geração): com destaque para olanzapina e clozapina, seguida de risperidona (Manual de obesidade da Abrafarma).
		Antidepressivos	Os antidepressivos tricíclicos, em particular a amitriptilina, mirtazapina, clomipramina, doxepina e imipramina, estão associados com ganho de peso considerável. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina tem menor associação à ganho de peso, tendo inclusive o uso de fluoxetina e sertralina em curto prazo sido associado à perda de peso. O contrário, ou seja, o ganho de peso, relaciona-se ao uso de longo prazo de alguns dos medicamentos dessa classe terapêutica, como por exemplo o citalopram, a nortriptilina e em destaque a paroxetina por longo período de tratamento.
		Estabilizadores de humor	O uso crônico de Carbonato de lítio pode interferir no funcionamento da tireóide, diminuindo as concentrações de seus hormônios, o que favorece ganho de peso pelos usuário e usuárias.
		Glicocorticóides	Prednisona, prednisolona, betametasona. O uso crônico ou em altas doses de glicocorticóides causa retenção líquida generalizada, o que é evidenciado por ganho de peso e edema. Essa retenção usualmente regride com a cessação do uso. O uso de corticóides também está relacionado com aumento de apetite o que pode ocasionar um superavit calórico e ganho de peso.
		Hipoglicemiantes	Associados à ganho de peso estão tiazolidinedionas (pioglitazona, rosiglitazona) e de forma leve as insulinas e sulfanilureias (glibenclamida, gliclazida MR); Associadas à perda de peso está a metformina, os análogos de GLP1 como a liraglutida por exemplo; os inibidores da DPP-4, a exemplo da Saxagliptina, inibidores da alfa glicosidase, como a acarbose e o miglitol, e inibidores da SGLT-2, como dapagliflozina.

		Hipoglicemiantes	relacionado com aumento de apetite o que pode ocasionar um superavit calórico e ganho de peso. Associados à ganho de peso estão tiazolidinedionas (pioglitazona, rosiglitazona) e de forma leve as insulinas e sulfanilureias (glibenclamida, gliclazida MR); Associadas à perda de peso está a metformina, os analógicos de GLP1 como a liraglutida por exemplo; os inibidores da DPP-4, a exemplo da Saxagliptina, inibidores da alfa glicosidase, como a acarbose e o miglitol, e inibidores da SGLT-2, como dapagliflozina.
		Anticonvulsivantes/ Antiepiléticos	Associados ao ganho de peso está a gabapentina, assim como o Ac. Valproico e a carbamazepina, que são utilizados no tratamento do transtorno bipolar. O topiramato e zonisamida não.
		Anti-histamínicos	O uso de anti-histamínicos, estão associados ao ganho de peso, com destaque para os fármacos de 1ª geração, a exemplo da ciproheptadina, prometazina, hidroxizina, clorfeniramina e difenidramina.
		Beta bloqueadores	O uso de beta bloqueadores, especialmente os não seletivos, são associados ao ganho de peso, a exemplo do atenolol e metoprolol.
		Ausência ou curta duração do aleitamento materno	Crianças amamentadas apresentam menor chance de desenvolver obesidade, hipertensão, diabetes e vários tipos de câncer na vida adulta.
		Hábitos alimentares inadequados	Baixo consumo de alimentos in natura e minimamente processados e/ou alto do consumo de alimentos ultraprocessados.
		Inatividade Física	Falta da prática de atividade física de intensidade moderada por, pelo menos, 150 minutos por semana.
		Comportamento sedentário	Atividades que são realizadas quando você está acordado sentado, reclinado ou deitado e gastando pouca energia. Por exemplo, quando se está em uma dessas posições usando o celular, computador ou assistindo à televisão ou à aula, realizando trabalhos manuais, se deslocando dentro do carro, ônibus ou metrô.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.



7. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



7.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Pelo alto grau de descentralização e capilaridade, torna-se próxima ao cotidiano da população, compreendendo, dessa forma, a dinâmica social e os determinantes sociais de saúde. Sendo assim, a APS é essencial para as intervenções de reversão do sobrepeso e obesidade.

Destaca-se que ela é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de atenção à saúde, dos mais simples aos mais complexos.

As equipes de APS devem avaliar as necessidades da população e organizar a oferta de ações e serviços de saúde na atenção primária para estes indivíduos, como por exemplo, promoção da alimentação adequada e saudável, atividade física e apoio às questões relacionadas à saúde mental. Isso deve ser feito com base no princípio da equidade, contemplando as pessoas que vivem em condições de vulnerabilidades sociais, na perspectiva de superar as injustiças no acesso às ações de promoção à saúde, considerando os usuários e usuárias na sua integralidade, nos territórios onde eles vivem.

O MACC, como modelo proposto para a organização da RAS, apresenta elementos para a organização da atenção e cuidado de usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade, para que sejam resolutivos, integrados, contínuos, e antecipem às necessidades da população. Assim, **na organização da atenção à saúde das pessoas com sobrepeso ou obesidade, a APS como coordenadora do cuidado, deve garantir a comunicação e o fluxo de informações de usuários e usuárias com obesidade nos pontos de atenção, promovendo a integração e o compartilhamento do cuidado da eSF e os profissionais de outros pontos assistenciais da rede.**

A APS deve buscar o equilíbrio entre a demanda espontânea e a programada, realizar a estratificação dos casos e ofertar a atenção segundo as necessidades do usuário ou usuária, utilizar a gestão de casos para as condições de saúde mais complexas e monitorar as pessoas com obesidade para avaliar as intervenções utilizadas. Ademais, deve definir e distribuir tarefas entre os membros da equipe multidisciplinar, expandir a abordagem para além do atendimento individual tradicional, como o atendimento compartilhado, o Plano de Cuidados, o atendimento domiciliar, os grupos terapêuticos etc.

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) traz ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas recebam aten-

ção integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença como com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. Dentre os serviços diretamente relacionados ao cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade destacam-se: promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais e, manejo de problemas relacionados à lactação; aconselhamento para a introdução da alimentação complementar à criança, de acordo com as diretrizes vigentes; prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais na criança e no adolescente (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade); promoção de alimentação e hábitos saudáveis na criança e no adolescente; estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, controle do álcool, do tabaco e outras drogas, entre outros; manejo e acompanhamento da pessoa com condições endocrinológicas mais prevalentes: hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulos de tireoide, obesidade e dislipidemia; prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de distúrbios nutricionais no adulto e no idoso (BRASIL, 2021).

Para saber mais consulte: 2. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores/2020 – Quadro 34).

7.2. Atribuições da APS na Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso ou Obesidade:

- a) realizar análise da situação de saúde do território e da rede de serviços para a identificação de necessidades e de prioridades, visando à organização para a atenção voltada aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade;
- b) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à identificação dos usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade e à estratificação de risco para o cuidado desses usuários e usuárias;
- c) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que necessitem de encaminhamento para outros pontos de atenção;
- d) registrar e acompanhar os dados do cuidado dos usuários e usuárias do território nos sistemas de informação vigentes, como o Sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- e) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos, cultura locais e de populações específicas, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;
- f) definir as ações de saúde sempre baseadas em evidências científicas, usar as

ferramentas de educação permanente e de educação em saúde e envolver os profissionais de apoio para dar suporte às Estratégia Saúde da Família (eSF);

g) realizar acompanhamento longitudinal, integral e multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade com abordagens individuais, coletivas e transversais de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas e detalhadas nessa Linha de Cuidado e material de apoio;

h) realizar acompanhamento longitudinal, integral e multiprofissional aos usuários e usuárias que realizaram procedimento cirúrgico e/ou cirurgia plástica reparadora para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) ou Atenção Especializada Hospitalar (AEH);

i) utilizar ferramentas de telessaúde para qualificar a atenção prestada, como o serviço de teleconsultoria, para esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais de saúde especialistas da AAE;

j) realizar ações e abordagens relacionadas à saúde mental para redução do estigma e culpabilização do indivíduo;

k) organizar protocolos curtos e instrutivos práticos, com abordagem individual e coletiva, respeitosa e centrada no usuário ou usuária, para apoiar a conduta de profissionais de saúde e das equipes de atenção primária, na disseminação das recomendações para adoção de uma alimentação saudável, e da prática regular de atividade física e outras temáticas;

l) priorizar e ampliar o acesso aos serviços de saúde das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e outros públicos prioritários ou em situações de vulnerabilidade;

m) realizar monitoramento e avaliação da atenção ofertada aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade, de forma a verificar e orientar ajustes necessários durante a execução das ações e levantar informações para avaliação do cumprimento de seus objetivos;

n) desenvolver e implementar processos de educação permanente de forma contínua e horizontal, tomando como base a realidade do trabalho na APS e incentivar a qualificação dos profissionais das equipes para a realização de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, com base nos manuais, instrutivos, guias e protocolos do Ministério da Saúde;

o) no processo de educação permanente desenvolver ações, de forma contínua e horizontal, com foco no combate ao estigma, discriminação e capacitis-

mo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território;

p) desenvolver ações em parceria com entidades da sociedade civil (ou organizações), bem como participar de ações propostas pelas entidades, como Comitês Municipais de Equidade em Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, etc;

q) transcender os limites das unidades de saúde na realização de suas ações, inserindo-se nos demais equipamentos sociais do território, como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros;

r) fortalecer o Programa Academia da Saúde e contratar profissionais especializados para a oferta de prática de atividade física e outras ações de promoção da saúde;

s) incluir os profissionais das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), inclusive o Educador Físico em Saúde, no planejamento, implementação e avaliação das ações das equipes de saúde da APS para contribuir nas discussões e apoiar no tema relacionado às ações da atividade física, fortalecer e ampliar o cuidado a esses usuários e usuárias e, também, no matriciamento dos casos mais complexos de usuários e usuárias com sobrepeso ou obesidade;

t) implementar o Guia Alimentar para a População Brasileira, o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos e o Guia da Atividade Física para a População Brasileira, no município, e fortalecer a intersetorialidade, como por exemplo, com ações em conjunto com as Secretarias da Assistência Social, da Agricultura/Abastecimento, de Esportes, da Educação, entre outras;

u) desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, relação de medicamentos complementar de outros entes da federação, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

v) responder a todas as necessidades em saúde bucal apresentadas pela pessoa usuária, de acordo com as competências das equipes de saúde bucal, constantes na Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.660/2021.

w) ofertar todos os procedimentos odontológicos da carteira de serviços da APS, conforme as necessidades apresentadas pelo usuário ou usuária.

x) Realizar serviços farmacoterapêuticos, como o "Rastreamento em Saúde", "Educação em Saúde", com foco no uso racional de medicamentos, "Dispensação" orientada, "Manejo de Problemas de Saúde autolimitados", "Conciliação de

Medicamentos”, “Revisão da Farmacoterapia” e “Acompanhamento Farmacoterapêutico”.

7.3. Estrutura Operacional

Os estabelecimentos de saúde da APS deverão dispor de infraestrutura física e equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com sobrepeso e obesidade tais como: salas amplas; rampas de acesso; balanças adequadas (com capacidade superior a 200kg), estadiômetro, fita métrica, esfigmomanômetro adequado às pessoas com obesidade, estetoscópio e outros equipamentos para exame clínico; cadeiras adequadas nas salas de espera, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas. Ainda, sugere-se avaliar a disponibilidade de serviços com horário estendido de atendimento, condição que poderá facilitar a execução das atividades (BRASIL, 2022).

No quadro 2 estão descritas a infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, as equipes de saúde e as atribuições de cada membro das equipes da APS.

Quadro 2 – Equipes e Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde

Ponto de Atenção	Equipe	Profissional	Atribuições
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária	Agente Comunitário de Saúde	Divulgar e estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida e atividades de promoção da saúde, atividades coletivas de prevenção e de manejo da obesidade. Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do Programa Academia da Saúde (PAS); bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário ou usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Realizar atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas

			nos domicílios e comunidade, sob supervisão de profissional de nível superior; Aplicar o instrumento de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA), após orientação, para avaliar o risco de insegurança alimentar no domicílio e passar para o coordenador da equipe as famílias identificadas com Insegurança Alimentar. Identificar e discutir com a equipe a necessidade de visita domiciliar de outros profissionais de saúde, de acordo com as condições de saúde e dificuldades de locomoção do usuário ou usuária (no caso de obesidade grave, por exemplo). Desenvolver ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade. Atentar para os fatores de risco do sobrepeso e obesidade nas visitas domiciliares e identificar estratégias para a sua melhoria. Participar das atividades de educação permanente. Realizar e participar de ações com foco no
--	--	--	--

			combate ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Participar das reuniões de equipe e discussões de casos. Realizar ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN), (coletar marcadores de consumo alimentar e aferir peso e estatura, após qualificação). Atuar e participar na identificação e captação dos usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade no território. Apoiar à realização de exames (agendar, lembrar, avisar, etc.). Identificar potenciais problemas com relação ao armazenamento de medicamentos e com relação à adesão ao tratamento. Participar proativamente na elaboração conjunta com toda a equipe de saúde, do Plano Cuidados, da Gestão de Casos e aplicação das ferramentas de Autocuidado Apoiado, para manutenção e
--	--	--	---

			recuperação do peso saudável. Apoiar o autocuidado para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Sob supervisão de profissional de nível superior. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde, de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão, etc.
--	--	--	--

Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária	Técnico de Enfermagem	Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria de qualidade de vida. Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do Programa Academia da Saúde; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Realizar ações intra e intersetoriais, individuais e coletivas, conforme planejamento da equipe, voltadas à promoção da saúde, prevenção e manejo do sobrepeso e a obesidade, sob supervisão do Enfermeiro. Realizar ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN), (coletar marcadores de consumo alimentar e aferir peso e estatura, após qualificação).
--	--	----------------------------------	--

			Aplicar o instrumento de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA), após orientação, para avaliar o risco de insegurança alimentar no domicílio e passar para o coordenador da equipe as famílias identificadas com Insegurança Alimentar. Participação das atividades de educação permanente. Realizar e participar de ações com foco no combate ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Participar das reuniões de equipe e discussões de casos. Apoiar à realização de exames (agendar, coletar, lembrar, avisar, etc.). Apoiar o autocuidado para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a
--	--	--	---

			UAPS, conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional, sob supervisão de profissional de nível superior. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão, etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária	Enfermeiro	Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento dos usuários e usuárias,

			suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Aplicar o instrumento de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA), para avaliar o risco de insegurança alimentar no domicílio. Articular e promover ações intra e intersectoriais de intervenção para garantia de segurança alimentar nas famílias identificadas com IA. Planejar, coordenar e realizar ações individuais e coletivas voltadas à promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, como o sobrepeso e a obesidade. Planejar, coordenar e realizar ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN) – aferir os dados antropométricos de peso e altura e coletar marcadores de consumo alimentar. Acompanhar as ações dos auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
--	--	--	--

			Realizar consulta de enfermagem (realizar avaliação clínica, física e nutricional), solicitar exames complementares conforme protocolo de cada município. Prescrever medicamentos para comorbidades (medicamentos previamente estabelecidos nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde). Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Apoiar à realização de exames (agendar, lembrar, etc.). Avaliar o risco nutricional e encaminhar para o apoio especializado quando necessário. Acompanhar, referenciar e contrarreferenciar, incluindo usuários e usuárias com transtorno alimentares. Participar e coordenar atividades de educação permanente.
--	--	--	--

			Desenvolver ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade. Realizar e participar de ações com foco no combate ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Organizar e realizar reuniões de equipe e discussões de casos. Participar proativamente na elaboração conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano Cuidados e da Gestão de Casos. Aplicar as ferramentas de Autocuidado Apoiado, para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, teleconsulta, telemonitoramento, teleinterconsulta, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a Unidade de APS, e de teleconsultoria para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº
--	--	--	--

			4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Realizar visita domiciliar para vigilância, monitoramento e educação em saúde, se necessário, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão, etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária	Médico	Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Planejar, coordenar e realizar ações individuais e coletivas voltadas à promoção da saúde e prevenção

			das doenças e agravos, como o sobrepeso e a obesidade. Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Identificar e atender às especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Planejar, coordenar e realizar ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN), durante a avaliação clínica, física e nutricional. Aferir os dados antropométricos de peso e altura e coletar marcadores de consumo alimentar. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de
--	--	--	---

			Atividade Física para a População Brasileira. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Avaliar os casos de risco e tratar agravos à saúde, associados à comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, etc); Solicitar exames complementares e, quando necessário, apoio especializado. Avaliar os casos de obesidade adquirida por distúrbios hormonais ou outras condições associadas. Acompanhar, referenciar e contrarreferenciar, incluindo usuários e usuárias com transtorno alimentares. Participar e coordenar atividades de educação permanente. Desenvolver ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade. Propor, realizar e participar de ações com foco no combate
--	--	--	--

			ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Organizar e realizar reuniões de equipe e discussões de casos. Participar proativamente na elaboração e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Implementar o Autocuidado Apoiado para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, teleconsulta, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsultoria para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional.
--	--	--	--

			Realizar visita domiciliar para vigilância, monitoramento e educação em saúde, se necessário, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão, etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde Bucal	Cirurgião-Dentista	Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário ou usuária, suas famílias e/ou

			cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Realizar consulta para avaliação de risco em saúde bucal. Realizar avaliação periodontal periódica e realizar os procedimentos necessários. Acompanhar, compartilhar o cuidado, quando necessário, para outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB-MG) e/ou para os demais profissionais da equipe de saúde da UAPS, incluindo usuários e usuárias com transtornos alimentares. Compartilhar o cuidado com a eSB da atenção ambulatorial especializada (Centro de Especialidades Odontológicas-CEO ou Serviço Especializado em Saúde Bucal-SESB), conforme a necessidade. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e
--	--	--	--

			seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Participar das reuniões de equipe e discussões de casos. Participar do processo de elaboração e operacionalização do planejamento da produção do cuidado para esse grupo populacional, em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde da UAPS. Elaborar a proposta de cuidado em saúde bucal para esse grupo populacional. Apoiar a pessoa usuária a aumentar a sua autonomia para realizar os cuidados em saúde bucal, especialmente na higienização bucal e higienização das próteses dentárias. Participar proativamente na elaboração conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados, da Gestão de Casos e aplicação das ferramentas de Autocuidado Apoiado. Realizar e participar de ações com foco no combate ao estigma, discriminação, capacitismo e supera-
--	--	--	---

			ção de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Inserir o tratamento odontológico como estratégia de fortalecimento da autoestima. Realizar o atendimento odontológico domiciliar e o consequente acompanhamento, quando necessário. Realizar visita domiciliar para vigilância, monitoramento e educação em saúde. Utilizar, quando necessário, os recursos de telessaúde, como teleorientação, telemonitoramento, no caso, por exemplo, de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsulta para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação
--	--	--	--

			CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão, etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde Bucal	Técnico em Saúde Bucal	Estimular a participação da comunidade para ações voltadas à melhoria da qualidade de vida; Realizar o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS, bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as

			necessidades apresentadas. Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Participar do planejamento e execução das ações de educação em saúde, contemplando a saúde bucal, voltadas para esse grupo populacional. Apoiar a pessoa usuária a aumentar a sua autonomia para realizar os cuidados em saúde bucal, especialmente na higienização bucal e higienização das próteses dentárias. Realizar visita domiciliar para vigilância em saúde bucal e educação em saúde. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024 e regulamentação do
--	--	--	--

			respectivo conselho de classe profissional, sob supervisão de profissional de nível superior. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão, etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe de Saúde Bucal	Auxiliar em Saúde Bucal	Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Realizar o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS, bem como o acolhimento, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Identificar e atender as especificidades das

			populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Realizar ações de promoção da saúde bucal e prevenção das doenças bucais, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão, etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe Multiprofissional	Nutricionista	Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e

			Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Aferir os dados antropométricos de peso e altura e coletar marcadores de consumo alimentar. Realizar o diagnóstico de nutrição, avaliação e monitoramento do estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos. Monitorar os dados do estado nutricional e de consumo alimentar da população através do SISVAN. Identificar o perfil da população atendida, padrões e tendências, no que se refere ao consumo alimentar, a doenças e deficiências associadas à nutrição e a doenças e agravos não transmissíveis e, demais distúrbios associados à alimentação e nutrição. Divulgar os dados do estado nutricional e de consumo alimentar da população adscrita e planejar com a equipe ações de intervenção. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia social
--	--	--	--

			Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Solicitar exames complementares necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional do indivíduo. Acompanhar, referenciar e contrarreferenciar, incluindo usuários e usuárias com transtorno alimentares. Elaborar o Plano Alimentar Individualizado, com base no diagnóstico nutricional, adequando-o à evolução do estado nutricional do indivíduo. Participar das reuniões de equipe e discussões de casos. Participar proativamente na elaboração e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do
--	--	--	--

			Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Implementar o Autocuidado Apoiado, com a utilização de suas ferramentas para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Desenvolver ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade. Planejar e realizar atividades coletivas de promoção da saúde, prevenção e manejo do sobrepeso e obesidade, em conjunto com outros profissionais da equipe. Realizar ações de educação alimentar e nutricional, a partir de atividades reflexivas e geradoras de autonomia. Participar e coordenar atividades de educação permanente. Realizar e participar de ações com foco no combate ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território.
--	--	--	--

			Definir os procedimentos complementares na assistência nutricional ao indivíduo, em articulação com a equipe multiprofissional. Orientar a rede de apoio e de ambiente social para acolhimento e cuidado às famílias e às pessoas em vulnerabilidade nutricional ou com casos de deficiências de micronutrientes e morbidades associadas ao estado nutricional. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsultoria para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Realizar visita domiciliar para vigilância, monitoramento e educação em saúde, se necessário, como no caso de usuários e usuárias com limita-
--	--	--	--

			ções na capacidade de deslocamento até a UAPS. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe Multiprofissional	Profissional de Educação Física na Saúde	Estimular a participação da comunidade em ações voltadas à melhoria da qualidade de vida. Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário ou usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas.

			Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Realizar avaliação física, aferir os dados antropométricos de peso e altura e coletar marcadores de consumo alimentar. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Acompanhar, referenciar e contrarreferenciar, incluindo usuários e usuárias com transtorno alimentares. Prescrever e supervisionar atividade/exercício físico e o registro dessas ações no sistema de informação. Participar das reuniões de equipe e discussões de casos. Participar proativamente na elaboração e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Implementar o
--	--	--	---

			Autocuidado Apoiado para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Participar e auxiliar no planejamento de atividades de educação permanente. Desenvolver ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade. Realizar e participar de ações com foco no combate ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência, bem como articular parcerias com outros setores do território, visando o melhor uso dos espaços públicos existentes (p.ex. parques, quadras, praças, dentre outros) e a ampliação das áreas disponíveis para a realização de ações de atividade física. Desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à
--	--	--	---

			comunidade e profissionais da UBS, no formato de ações coletivas ou individuais. Realizar o apoiar o registro dessas ações no sistema de informação. Capacitar os profissionais de saúde para atuarem como facilitadores no desenvolvimento de ações de atividades físicas. Supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades físicas e práticas corporais desenvolvidas pelas equipes na comunidade. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsulta para discutir ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Realizar visita domiciliar para vigilância,
--	--	--	---

			monitoramento e educação em saúde, se necessário, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe Multiprofissional	Psicólogo	Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas.

			Realizar avaliação psicológica dos usuários e usuárias com sobrepeso ou obesidade quanto a fatores psicológicos ou psiquiátricos que podem interferir no sucesso e na adesão ao tratamento. Fornecer suporte psicológico aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade visando promover o apoio e o empoderamento para o autocuidado. Encaminhar para o CAPS de referência em situações e crise em saúde mental ou na presença de transtornos mentais graves e/ou persistentes correlacionados ou não com o diagnóstico de sobrepeso/obesidade. Acompanhar, referenciar e contrarreferenciar, incluindo usuários e usuárias com transtorno alimentares. Participar das reuniões de equipe e discussões de casos. Participar proativamente na elaboração e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Implementar o Autocuidado Apoiado
--	--	--	--

			para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Desenvolver ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Realizar e participar de ações com foco no combate ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Realizar visita domiciliar para vigilância, monitoramento e educação em saúde, se necessário, como
--	--	--	---

			no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsultoria para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares,
--	--	--	---

			planejamento e gestão etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde Posto de Saúde Polo da Academia da Saúde	Equipe Multiprofissional	Farmacêutico	Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todas as unidades que atuam com a prestação de serviços de assistência farmacêutica; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Realizar a gestão técnica administrativa dos medicamentos visando o acesso em tempo oportuno aos tratamentos das comorbidades associadas aos quadros de sobrepeso e obesidade, quando cabível. Ofertar aos usuário e usuárias, serviços farmacêuticos clínico-assistenciais, de acordo com protocolos pré definidos, de forma a garantir o uso racional de medicamentos, por meio da identificação e intervenção nos problemas relacionados aos medicamentos especialmente os problemas relacionados à polifarmacoterapia; e por meio da

			implementação do autocuidado apoiado, para a manutenção e recuperação do peso saudável dos usuário e usuárias. Ofertar aos usuário e usuárias e aos profissionais de saúde da rede, serviços técnico pedagógicos, de acordo com protocolos pré definidos, com foco na identificação e intervenção nos problemas relacionados aos medicamentos especialmente os problemas relacionados à polifarmacoterapia. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Participar das reuniões de equipe e discussões de casos. Participar proativamente na elaboração
--	--	--	---

			e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsultoria para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares,
--	--	--	--

			planejamento e gestão etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe Multiprofissional	Fisioterapeuta	Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Realizar avaliação clínica, física, aferir os dados antropométricos de peso e altura e coletar marcadores de consumo alimentar. Apoiar o registro dessas informações no sistema de informação. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física. Conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação.

			Participar proativamente na elaboração e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Implementar o Autocuidado Apoiado para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Realizar avaliação e diagnóstico cinético-funcional, instituindo tratamento fisioterapêutico para prevenção, readaptação e recuperação de usuários e usuárias. Realizar ações que possibilitem a identificação e intervenção oportuna nos casos de deficiências e quadros ortopédicos agudos, otimizando o encaminhamento, se necessário, ao serviço especializado. Realizar avaliação, orientação e/ou reabilitação respiratória e cardiorrespiratória no nível da atenção primária à saúde. Orientar usuários e usuárias, familiares, cuidadores e responsáveis na prevenção e manejo de lesões osteomusculares. Realizar grupos terapêuticos e educativos com foco na promoção do auto
--	--	--	--

			manejo das dores crônicas com objetivo de analgesia, ganho de funcionalidade e melhora na qualidade de vida. Promover, com vistas a autonomia e funcionalidade dos usuários e usuárias, ações de habilitação e reabilitação. Planejar e implementar ações preventivas com foco na consciência corporal, proteção articular e alinhamento postural. Realizar visita domiciliar para vigilância, monitoramento e educação em saúde, se necessário, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsulta para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação
--	--	--	---

			CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão etc.
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe Multiprofissional	Terapia Ocupacional	Realizar o acolhimento adequado, recepção humanizada e qualificada às pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do Programa Academia da Saúde; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária, suas famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas.

			Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Realizar avaliação ocupacional: conduzir uma análise terapêutica abrangente, considerando as atividades de vida diária e de vida prática, participação social e as atividades significativas da vida do usuário e usuária, com foco em promover autonomia, independência e qualidade de vida. Avaliar a funcionalidade no trabalho: examinar as condições funcionais no ambiente laboral, levando em conta tanto as estruturas e funções do corpo quanto os fatores contextuais, propondo adaptações, órteses, próteses ou modificações no ambiente, caso necessário, para garantir melhor desempenho ocupacional. Promover o autocuidado apoiado: estimular e orientar práticas de autocuidado, capacitando o usuário e usuária para gerenciar sua condição de forma autônoma e sustentável, sempre com o
--	--	--	--

			suporte necessário da equipe de saúde. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a Unidades de APS, e de teleconsultoria para discutir procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Realizar avaliação domiciliar: visitar o ambiente doméstico
--	--	--	---

			para identificar barreiras e necessidades específicas, propondo adaptações, órteses, próteses que favoreçam a funcionalidade para realização das suas atividades de vida, autonomia, independência, conforto e a qualidade de vida do usuário e usuária. Intervenções baseadas em significados pessoais, auxiliando o usuário e usuária a resgatar atividades significativas que promovam pertencimento social e autovalorização, como hobbies, atividades criativas ou ações comunitárias e lazer, para fortalecer sua identidade além do estigma da obesidade. Promover grupos de apoio a familiares e cuidadores para suporte aos desafios na rotina de vida. Participar proativamente na elaboração e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde
--	--	--	--

			de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão
Unidade de Atenção Primária à Saúde	Equipe Multiprofissional	Outros profissionais que venham a fazer parte da eMulti (atribuições comuns a todos)	Realizar o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da APS, incluindo os Polos do PAS; bem como o acolhimento, suporte e acompanhamento do usuário e usuária/famílias e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades apresentadas. Avaliação clínica, física, aferir os dados antropométricos de peso e altura e coletar marcadores de consumo alimentar, após qualificação. Identificar e atender às especificidades das populações vulnerabilizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Realizar aconselhamento nutricional, conforme o Guia Alimentar para a

			População Brasileira e seus Protocolos de uso e de atividade física e, conforme Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Desenvolver ou apoiar ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta e, o registro dessas ações no sistema de informação. Solicitar exames complementares (quando couber). Participar proativamente na elaboração e implementação conjunta, com toda a equipe de saúde, do Plano de Cuidados e da Gestão de Casos. Participar das reuniões de equipe para a discussões de casos. Implementar o Autocuidado Apoiado, com a utilização de suas ferramentas para manutenção e/ou recuperação do peso saudável. Planejar e realizar atividades coletivas de promoção da saúde, prevenção e manejo do sobrepeso e obesidade, em conjunto com outros profissionais da equipe de saúde. Identificar e atender as especificidades das populações vulnerabi-
--	--	--	---

			lizadas, com ênfase no princípio da equidade e humanização do cuidado. Desenvolver ações intra e intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e da obesidade. Realizar e participar de ações com foco no combate ao estigma, discriminação, capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território. Participar e auxiliar no planejamento de atividades de educação permanente. Realizar visita domiciliar para vigilância, monitoramento e educação em saúde, se necessário, como no caso de usuários e usuárias com limitações a capacidade de deslocamento até a UAPS. Utilizar, quando necessário, os recursos de teleorientação, telemonitoramento, como no caso de usuários e usuárias com limitações na capacidade de deslocamento até a UAPS, e de teleconsulta para discutir
--	--	--	--

			procedimentos clínicos e ações de saúde com profissionais especialistas conforme PT GM/MS Nº 3.691/2024, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024 e regulamentação do respectivo conselho de classe profissional. Utilizar o espaço do polo do Programa Academia da Saúde, quando houver no município, para o desenvolvimento de diversas ações de promoção da saúde de acordo com os eixos: práticas corporais e atividades física, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão etc.
--	--	--	---

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

7.4. Conhecimento da População e Estratificação por Riscos e Vulnerabilidades

7.4.1. Identificação e captação do usuário e usuária com sobrepeso ou obesidade:

A Política Nacional de Atenção Básica prevê como atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na APS, o conhecimento da população adscrita, ou seja, garantir o cadastro e atualização dos dados de saúde das famílias e de todos os indivíduos da área de abrangência da unidade. Deve-se realizar a análise da situação de saúde, utilizando sistemas de informações vigentes, incluindo as características ambientais, sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Sugere-se priorizar as situações a serem acompanhadas no planejamento local, atuando no processo de territorialização e mapeando da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Deve-se conhecer a população presente no território das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAP), estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade, que pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários e usuárias ao longo do tempo e tem como objetivo ser referência para o seu cuidado (BRASIL, 2017).

O cadastramento e atualização periódica dos cadastros também são essenciais para garantir o recebimento dos recursos financeiros federais destinados para a APS do município e permitir que as equipes de saúde e a gestão municipal consigam realocar os recursos físicos, o número de profissionais e equipes necessários para o cuidado aos indivíduos e às famílias, com qualidade (PROJETO SAÚDE EM REDE, 2022).

A identificação e captação do usuário e usuária com sobrepeso ou obesidade devem ser realizadas na área de abrangência em que ele se encontra cadastrado; é importante destacar a participação ativa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nessas etapas, bem como na organização de visitas domiciliares de outros profissionais de saúde, de acordo com as condições de saúde e dificuldades de locomoção do usuário e usuária (no caso de obesidade grave) e, que essas ações sejam realizadas em todas as UAPS do município.

O diagnóstico do usuário e usuária com sobrepeso ou obesidade pode ser realizado durante qualquer momento de contato da equipe de saúde com esses usuários ou usuárias, por meio da vigilância alimentar e nutricional, com a avaliação antropométrica oportuna, seguida da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC); no atendimento à demanda espontânea; nas consultas programadas; na busca ativa de pessoas com sobrepeso e obesidade; no acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família; nas atividades coletivas, durante atendimentos de acompanhamento de outras condições de

saúde, dentre outros. É importante sempre registrar os dados nos sistemas de informação (BRASIL, 2022). Salienta-se, também, que os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para identificar as pessoas com sobrepeso e obesidade, haja vista que a obesidade parece ser invisível na rotina de trabalho da APS. Muitas vezes, o usuário e usuária com sobrepeso ou obesidade chega na UAPS com uma queixa diversa, e o profissional de saúde direciona o atendimento apenas para a queixa apresentada, negligenciando a condição do sobrepeso ou da obesidade.

Destaca-se ainda, a importância do uso do Instrumento de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) para identificar e avaliar o risco de insegurança alimentar nos domicílios, disponível para registro no e-SUS e que possibilita a rápida identificação de famílias em risco de Insegurança Alimentar (IA), e encaminhamento para ações intra e intersetoriais necessárias e disponíveis no território. Esse instrumento pode ser aplicado por todos os profissionais de saúde da APS, em todas as oportunidades de atenção à saúde do usuário e usuária. Encontra-se em situação de IA pessoas com dificuldade de acesso regular ou permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e comprometendo o acesso a outras necessidades essenciais. A obesidade, assim como a desnutrição, é uma das manifestações da IA, relacionada a ingestão de alimentos de baixa qualidade nutricional (BRASIL, 2022).

(Para saber mais consulte: 1. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede/2022 - Quadro 34).

7.4.2. Estratificação por Riscos e Vulnerabilidades

A classificação de risco familiar deverá ser feita no mesmo período do cadastro da família pelo ACS. Sua atualização deverá ser anual ou sempre que houver uma mudança significativa da situação familiar. É importante que o monitoramento de risco e a avaliação, para acompanhar as mudanças da estratificação da população assistida ao longo do tempo, seja realizado levando-se em conta os determinantes sociais da saúde como as condições de vida e trabalho, condições sociais, de segurança alimentar, econômicas, culturais, biológicas, étnicas, psicológicas, comportamentais e políticas. As populações vulnerabilizadas são grupos e comunidades com maior risco de desenvolvimento problemas de saúde resultante das barreiras que enfrentam aos recursos sociais, econômicos, políticos e ambientais, como também limitações devido a doença ou deficiência (FIOCRUZ, 2022).

Estratificar é reconhecer os diferentes graus de riscos de cada pessoa com determinado agravo (BRASIL, 2014). A estratificação da população a partir dos fatores de risco contribui para a organização do processo de trabalho das equipes, pois ao invés de dar a mesma atenção a todos os usuários e usuárias, ao diferenciá-los por risco é possível o planejamento da assistência de acordo com a realidade e a necessidade de cada um. Outra vantagem da estratificação é a possibilidade de verificar se a estratégia da linha de cuidado está res-

pondendo à demanda da área de abrangência, por meio do monitoramento de risco e avaliação ao longo do tempo, ao se dimensionar as mudanças da estratificação da população assistida (Mendes, 2012 apud Mello, 2015). No quadro 3 sugere-se algumas ferramentas úteis para o acompanhamento das pessoas com sobrepeso e obesidade que podem ser incorporados na rotina de cuidado na APS e utilizadas desde o primeiro contato com o usuário ou a usuária.

Quadro 3. Abordagem inclusiva, Ferramenta 5As e Modelo Transteórico

Ferramentas úteis no acompanhamento de pessoas com Sobrepeso e Obesidade	
Abordagem inclusiva	A abordagem inclusiva deve ser a forma de atuação dos profissionais de saúde durante todo o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade, e é definida como aquela que reconhece a complexidade dos fatores envolvidos no ganho de peso corporal e por isso compreende que o ganho ou perda de peso não é consequência apenas de escolhas individuais. As pessoas com sobrepeso ou obesidade precisam ter acesso a cuidados de saúde não estigmatizantes; um determinado IMC não reflete um conjunto de práticas de saúde ou caráter moral das pessoas; e, portanto, o peso não deve ser o ponto focal para as ações de cuidado, mas a saúde e qualidade de vida das pessoas. A oferta de ações de cuidado baseada nesses princípios da abordagem inclusiva pode contribuir para a redução do estigma sofrido pelas pessoas com obesidade e, desse modo, pode ampliar o acesso às práticas de saúde por esses indivíduos, uma vez que incentiva a inclusão da pessoa com obesidade na centralidade do processo de cuidado (BRASIL, 2022). (Para saber mais consulte: 3. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde/2022 e o 4. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade/2024 do Ministério da Saúde - Quadro 34)
Ferramenta 5As	A abordagem sugerida pela ferramenta 5As aponta aspectos importantes que podem ser incorporados na rotina de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na APS. Os 5As referem-se a cinco palavras que, traduzidas em ações, direcionam a abordagem no encontro entre profissional e usuário ou usuária: Aborde/Pergunte; Avalie; Aconselhe; Acorde; Ajude. Essas ações estão descritas a seguir: Abordar e pedir permissão - Aborde e pergunte se você pode discutir o peso naquele momento e identifique a prontidão para mudanças; Avaliar - Avalie os riscos relacionados à obesidade e as causas raízes da obesidade; Aconselhar - Aconselhe sobre riscos para a saúde e opções de tratamento;

	Acordar – Acorde com o usuário e usuária os resultados de saúde e metas comportamentais; Ajudar – Ajude no acesso a recursos e serviços apropriados para a condição clínica existente (BRASIL, 2022). (Para saber mais consulte: 3. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde/2022 e o 4. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade/2024 do Ministério da Saúde – Quadro 34)
Modelo Transteórico	O Modelo Transteórico é uma ferramenta que pode auxiliar no processo de cuidado ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade. Ele é um método promissor de auxílio à compreensão de como se pode promover mudança de comportamentos de saúde. O MT pressupõe que a prontidão para mudança de comportamento se dá em estágios, que devem ser considerados no planejamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções visando maior adesão e êxito. E possibilita realizar intervenções, individuais ou coletivas, diferenciadas segundo a disponibilidade, percepção, atitude e motivação da pessoa para mudar comportamentos. O MT permite compreender a prontidão e a confiança para mudar mediante a investigação dos estágios de mudança e da autoeficácia, respectivamente; e mensurar os prós e contras da mudança ao analisar o equilíbrio de decisões. Os seus pilares são: estágios e processos de mudança, autoeficácia e equilíbrio de decisões. Conhecer esses pilares é útil para planejar o cuidado, direcionando melhor as condutas e ampliando a especificidade da abordagem (BRASIL, 2024). Os estágios de motivação do/a usuário e usuária com obesidade para mudar são: • Pré-contemplação: não pretende reduzir peso nos próximos 6 meses; • Contemplação: pretende reduzir peso nos próximos 6 meses, mas sem planos concretos para o próximo mês; • Preparação ou Decisão: pretende reduzir peso nos próximos 30 dias; • Ação: adotou mudanças de comportamento visando peso saudável, mas há pouco tempo (< 6 meses); • Manutenção: já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável há 6 meses ou mais. (Para saber mais consulte: 5. Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde, 2021 – Quadro 34).

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

7.5. Ações de Promoção da Saúde

A promoção da saúde constitui em uma estratégia de articulação transversal na qual um conjunto de intervenções, individuais, coletivas e ambientais, é responsável pela atuação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde, com o objetivo de estabelecer mecanismos para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades e que visa o empoderamento social como forma de fomentar indivíduos/comunidades ativos sobre a produção de sua saúde (MINAS GERAIS, 2016).

A agenda de promoção da saúde deve prever ações para apoiar os indivíduos a adotar hábitos de vida saudáveis, propondo repensar nas diversas concepções presentes na sociedade, no que envolve a saúde do corpo, como o desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação e de atividade física, permitindo a manutenção do peso ou a recuperação do peso saudável. Portanto, é indispensável que o indivíduo seja orientado e empoderado para o processo do autocuidado cultivando uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre para escolher como realizar esse processo.

Nos níveis 1 e 2 do MACC, são orientadas a oferta das ações de promoção à saúde e de prevenção das condições de saúde. O nível 1 orienta, para a população geral da área de abrangência da UAPS, as ações de acompanhamento contínuo e longitudinal e, promoção da saúde, de forma a manter níveis saudáveis do peso corporal e incentivar hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física. O nível 2 orienta, para pessoas com sobrepeso, ações de acompanhamento contínuo e longitudinal, promoção da saúde e prevenção da obesidade, de forma a alcançar níveis saudáveis do peso corporal, dos hábitos alimentares e da prática de atividade física.

Para além das ações de apoio à adoção de hábitos mais saudáveis, é importante, ainda, articular as intervenções locais das equipes da eSF com os programas de organizações governamentais e não governamentais de diferentes setores que impactam na prevenção do sobrepeso e da obesidade e na qualidade de vida da população para alcançar a melhoria dos níveis de saúde dos usuários e usuárias adscritos(as) à eSF, por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. Os fatores de risco vinculados aos comportamentos e aos estilos de vida mais significativos, em relação às condições crônicas, ainda que haja outros também importantes, são a dieta inadequada, o excesso de peso, a inatividade física, o uso excessivo de álcool e o tabagismo.

O município deve ofertar ações de atividade física para a sua população na rotina dos serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde. As atividades poderão ocorrer nas unidades de saúde, ao ar livre, em praças, nos polos da Academia da Saúde, nas Academias ao Ar Livre, Ginásios, Salões Comunitários, dentre outros espaços que o município tiver disponíveis, observando o melhor acesso e a acessibilidade de acordo com o público usuário e usuária. O município terá autonomia para decidir as melhores atividades a serem ofertadas

devendo considerar as preferências e as necessidades do público-alvo, em consonância com a realidade local.

Ressalta-se que alguns municípios do estado dispõem de Polos do Programa Academia da Saúde que são espaços públicos, dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento, exclusivamente, de ações de promoção da saúde, incluindo as práticas corporais e de atividade física, a promoção da alimentação adequada e saudável, a educação em saúde, a mobilização da comunidade, as práticas integrativas e complementares, dentre outras. O polo da Academia da Saúde, constitui-se, então, como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de diversas ações que contribuem para ampliar os níveis de saúde e qualidade de vida da população e prevenir e controlar diversas doenças crônicas incluindo a obesidade.

Destaca-se ainda, que alguns municípios do estado recebem, também, o Incentivo à Atividade Física na Atenção Primária à Saúde que é um recurso financeiro federal de custeio, destinado à implementação das ações de atividade física no âmbito das UAPS/APS pelos municípios e pelo Distrito Federal.

Os municípios também devem realizar, como rotina, ações de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS), que compreendem estratégias como a educação alimentar e nutricional (EAN) e o incentivo à criação de ambientes promotores de alimentação adequada e saudável. Essas ações têm como objetivo desenvolver mecanismos que apoiem os indivíduos a adotar práticas alimentares saudáveis, considerando aspectos biológicos, socioculturais e o uso sustentável do meio ambiente; além de identificar, analisar de forma crítica e enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde. As ações de EAN devem englobar atividades reflexivas, com metodologias dialógicas e geradoras de autonomia, através da abordagem crítico-reflexiva.

É recomendável que as atividades educativas de PAAS sejam planejadas em equipe, pois podem produzir ações mais abrangentes e efetivas, relacionadas à educação em saúde dos usuários e usuárias, contribuindo para a educação permanente dos profissionais envolvidos (Marques et al, 2020). A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social, ambientes de trabalho, entre outros.

(Para saber mais sobre ações educativas de PAAS consulte: 6. Instrutivo – Metodologia de trabalhos em grupo para promoção de atividades de alimentação adequada e saudável na Atenção Básica/2016 e 7. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas/2012 – Quadro 34).

Há nos municípios, ainda, a oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde que são práticas terapêuticas baseados no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo atuando na prevenção de doenças e complicações, redução de sintomas físicos e mentais, na recuperação e na promoção da saúde. São ferramentas potentes quando aliadas ao tratamento complementar de diversas doenças crônicas. São aborda-

gens que ampliam o olhar dos profissionais sobre o processo saúde e doença e sobre as ofertas terapêuticas para o cuidado à população. Algumas PICS têm evidências científicas de eficácia comprovada na prevenção e no tratamento de indivíduos adultos com sobrepeso ou obesidade, tais como: acupuntura; Tai Chi Chuan; Meditação; Yoga; Auriculoterapia; etc.

Além disso, é importante ressaltar, que para serem eficazes, as ações de promoção da saúde precisam ser planejadas a partir de diagnóstico territorial, o que inclui conhecimento e análise de dados epidemiológicos, das vulnerabilidades, do estado nutricional, do consumo alimentar, aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais.

A determinação do sobrepeso e da obesidade está no conjunto de fatores que constitui o modo de vida das populações modernas, que consomem cada vez mais produtos ultraprocessados. Para a efetividade das ações de prevenção e controle da obesidade e o enfrentamento desse problema, são necessárias a atuação intersetorial e a participação social.

Como sugestão, **os municípios poderão criar comitês ou outro tipo de instância de prevenção e controle da obesidade.** O importante é agregar diferentes setores a fim de garantir a intersetorialidade necessária para esta complexa agenda. Além disso, outra questão importante é a discussão das atividades e inserção das ações nos instrumentos de planejamento locais. As ações não devem estar limitadas ao Plano Municipal de Saúde, de Educação, de Segurança Alimentar e Nutricional, ou outros.

Todos os setores envolvidos podem planejar ações dentro do escopo de sua secretaria, garantindo que as atividades sejam oficializadas nos instrumentos de gestão, bem como o financiamento para a sua execução. Para tanto, **será de grande relevância a articulação com o Poder Legislativo local**, bem como para propor medidas fiscais e regulatórias que promovam e incentivem a construção de ambientes saudáveis no território. O diálogo entre os diversos setores, respeitando as pactuações federativas já existentes (Saúde, Educação, Assistência Social, e outros), adotará mecanismos de articulação das ações da Estratégia Intersetorial com os municípios, a fim de aprimorar os mecanismos de coordenação das ações e evitar sobreposições ou lacunas.

A importância de trabalhar com os determinantes sociais para a promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física no ambiente em que vivemos, não dispensa a gestão compartilhada, o que favorece a autonomia e a corresponsabilidade de trabalhadores e gestores, evitando atribuir a alguns atores a culpa por problemas e dificuldades encontradas, e a responsabilidade solitária pelo enfrentamento da obesidade.

Esta iniciativa pode ser planejada para o próximo ciclo de planejamento dos municípios ou por ocasião de revisão dos Planos. O importante é que as ações sejam discutidas e pensadas de maneira articulada entre os setores para que possam compor o rol de ações municipais no enfrentamento da obesidade (BRASIL, 2014). No âmbito municipal ainda é importante promover ambientes saudáveis, promotores da alimentação saudável e da atividade física, que incentivem a população a adotar um estilo de vida mais saudável.

Por fim, é necessário destacar que em 2016 o estado de Minas Gerais, de forma pioneira, construiu a Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) com o intuito de fortalecer a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e acrescentar as especificidades e necessidades do estado, contando, ainda, com aporte financeiro para repasse aos municípios de Minas Gerais a fim de apoiar a implantação e implementação das ações de promoção da saúde nos territórios. Com isso, atualmente a POEPS é regida pela Resolução SES-MG 5.250, de 19 de abril de 2016, que traz o arcabouço teórico que inclui valores e princípios, diretrizes, estratégias e temas que devem nortear o desenvolvimento das ações de promoção da saúde pelos municípios e pela Resolução SES/MG nº 9.076, de 18 de outubro de 2023, que trata do cofinanciamento da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS) e Políticas de Promoção da Equidade a SES/MG.

Por meio da POEPS os municípios são incentivados a desenvolverem diversas ações de promoção da saúde que são acompanhadas e avaliadas por meio de indicadores com metas pré-estabelecidas que impactam no valor final do incentivo financeiro recebido pelos municípios. Dentre as ações monitoradas, as que tem impacto na prevenção da obesidade são: a oferta para a população de ações de atividade física/práticas corporais; o estímulo ao registro e análise do estado nutricional (dados antropométricos) da população; o estímulo ao registro do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar da população atendida na APS e o estímulo à realização de atividades coletivas de educação em saúde, podendo contemplar os temas alimentação adequada e saudável e atividade física. No quadro 4, estão descritas, por grupo, diversas ações de Promoção da Saúde a serem trabalhadas.

Quadro 4 – Ações de Promoção da Saúde.

Ações de Promoção da Saúde	
Grupo de Ações	Ações
Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e Atividade Física	Intensificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável na APS (pré-natal, puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil), e em outros pontos de atenção como nas maternidades e outros equipamentos públicos envolvidos no cuidado infantil.
	Inserir na rotina do serviço estratégias e ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da prática regular de atividade física entre os usuários e usuárias da UAPS e população do território, com base em protocolos preconizados pela APS;
	Promover ambientes alimentares saudáveis. Ambientes alimentares saudáveis são aqueles que permitem acesso regular, permanente e irrestrito a alimentos seguros, regionais, adequados, saudáveis e em quantidade suficiente.
	Propiciar e divulgar ambientes promotores de atividade física são caracterizados por uma série de elementos e estratégias que visam facilitar e incentivar a prática de atividades físicas pela população. Com infraestrutura adequada, acessibilidade, segurança, programas e políticas públicas e parcerias intersetoriais.
	Utilizar os polos da Academia da Saúde em todo o seu potencial ofertando diversas ações de promoção da saúde considerando as necessidades e preferências da população do território;
	Referenciar os usuários e usuárias ao Programa Academia da Saúde.
Práticas Integrativas e Complementares de Saúde	Fomentar o uso das estruturas dos polos do Programa Academia da Saúde na articulação com profissionais de saúde da APS e/ou outras equipes com programas similares;
	Fortalecer e ampliar no município a oferta de ações de PICS, em especial as que possuem evidência científica de eficácia comprovada na prevenção e no tratamento de indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade, como: Acupuntura, Tai Chi Chuan, Meditação, Yoga, Auriculoterapia etc.
Intersetoriais	Incentivar a agricultura/horticultura/fruticultura familiar/comunitária, valorizando os pequenos agricultores das zonas rurais dos municípios, garantindo estratégias e/ou locais adequados para

	comercialização de frutas, legumes e verduras e de outros alimentos saudáveis e culturalmente referenciados, a preços acessíveis ou subsidiados, especialmente em áreas com a presença de populações vulneráveis.
	Mapear feiras e pontos de venda de alimentos in natura e minimamente processados no território.
	Articular e atuar em espaços institucionais como escolas, creches, abrigos, presídios, albergues, locais de trabalho, hospitais e com as redes de equipamentos de segurança alimentar e nutricional (bancos de alimentos, cozinhas comunitárias, restaurantes populares, entre outros), para desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável.
	Articular com o Poder Legislativo local para propor medidas fiscais e regulatórias que promovam e incentivem a construção de ambientes saudáveis no território.
	Participar de comitês, conselhos e comissões que integrem os setores de políticas públicas que tenham interface com a promoção da saúde e com a segurança alimentar e nutricional/ promoção da alimentação adequada e saudável.
	Garantir e priorizar, no âmbito das competências e atuação da vigilância sanitária, assistência técnica sobre boas práticas na manipulação, processamento, embalagem e transporte de alimentos oriundos da agricultura familiar, dos assentamentos da reforma agrária e de comunidades tradicionais.
	Estabelecer parcerias com escolas, Igrejas, associação de moradores e clubes a fim de ampliar a oferta de ações e as possibilidades de utilização de espaços físicos para a prática de atividade física;
Mobilização e Comunicação Social	Articular com outros setores intervenções que alteram a infraestrutura urbana para promover transporte ativo, como implementação e manutenção de espaços públicos, como parques, praças, áreas verdes, quadras esportivas, playgrounds, ruas de lazer, ciclovias, ciclorrotas ou ciclofaixas para deslocamento ativo da população no município;
	Desenvolver estratégias que contribuam para informar mensagens confiáveis e fidedignas, em diferentes meios de comunicação, com grande capilaridade, buscando mobilizar um número elevado de pessoas. A fim de influenciar os indivíduos a melhorarem sua saúde, alimentação e nutrição e a adotarem um estilo de vida mais saudável e ativo.

	Planejar e realizar campanhas de comunicação em saúde para promoção da saúde e prevenção da obesidade, que sejam inseridas em uma estratégia de comunicação a longo prazo, direcionadas a todas as faixas etárias e, ainda, abordar os multideterminantes da obesidade sem culpabilização, estigmatização e discriminação da pessoa ou sua família. A realização de eventos também pode contribuir para atrair um maior número de pessoas para mobilizar e abordar sobre a temática;
	Divulgar amplamente no município as ações de promoção da saúde que são ofertadas no âmbito da APS.
	Participar de iniciativas que fomentem as discussões relacionadas às ações de Regulação de publicidade de produtos ultraprocessados e daquela dirigida ao público infantil.
	Participar de iniciativas que fomentem as discussões relacionadas à implementação de medidas fiscais que desencorajam a aquisição de produtos ultraprocessados e que encorajem a de alimentos in natura ou minimamente processados.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

Devido à obesidade ser uma doença crônica de etiologia multifatorial e de tratamento muito complexo, é necessário o fortalecimento das políticas públicas para ajudar na resolução desse crescente problema de saúde pública. Assim, além das políticas como a de Vigilância Alimentar e Nutricional, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, há outros Programas e Estratégias de Promoção da Saúde que contribuem para fortalecer o trabalho nesse âmbito como os Programas Bolsa Família, Saúde na Escola, Academias da Saúde, entre outros. No quadro 5 estão descritos alguns Programas e Estratégias de Promoção da Saúde que se relacionam com essa LCSO.

Quadro 5 – Programas e Estratégias de Promoção da Saúde que se relacionam com a LCSO.

Programas e Estratégias de Promoção da Saúde que se relacionam com a LCSO	
Grupo de Ações	Programas/Ações
Programas e Estratégias de Promoção à Saúde que se relacionam com a LCSO	Programa Academia da Saúde Os Polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos pelos municípios com incentivo financeiro federal, dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento das ações do Programa Academia da Saúde, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis para a população. Nesses espaços são desenvolvidas diversas ações de promoção à saúde, incluindo as práticas corporais e atividade física, a promoção da alimentação adequada e saudável, ações de educação em saúde, mobilização da comunidade, práticas integrativas e complementares em saúde de forma a complementar e integrar o atendimento, práticas artísticas e culturais, de planejamento e gestão, dentre outras.
	Incentivo à Atividade Física na Atenção Primária à Saúde O Incentivo à Atividade Física na Atenção Primária à Saúde é um incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação das ações de atividade física no âmbito da Atenção Primária à Saúde pelos municípios e pelo Distrito Federal, tendo como objetivos: I – Implementar ações de atividade física na APS, por meio, dentre outros mecanismos, da contratação de profissionais de educação física na saúde na APS; de aquisição de materiais de consumo; e de qualificação de ambientes relacionados a atividade física; II – Melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, mediante a inserção de atividade física na rotina desses indivíduos (Brasil, 2022).
	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil Estratégia do Ministério da Saúde que tem o objetivo de qualificar os profissionais de atenção primária à saúde (APS) de forma a aprimorar as competências e habilidades dos profissionais para a promoção e proteção do aleitamento materno e da introdução alimentar saudável para crianças menores de dois anos como atividade de rotina na APS.

	Programa Saúde na Escola Programa intersetorial da Saúde e da Educação. Dentre as ações estimuladas para a realização dos municípios, destacam-se a promoção da alimentação adequada e saudável e combate a obesidade por meio da avaliação nutricional, antropometria e atividades de promoção da alimentação saudável que podem ser ofertadas em conjunto às práticas de atividade física. A alimentação saudável e o combate à obesidade compõe o indicador de ações prioritárias no atual ciclo do PSE (2023-2024) junto aos escolares.
	Programa Bolsa Família Programa de transferência de renda com objetivo de combater à pobreza e promover acesso à rede de serviços públicos. As famílias beneficiárias assumem compromissos nas áreas da saúde e de educação, as chamadas condicionalidades. O acompanhamento das condicionalidades de saúde é um instrumento para a garantia da equidade, por estimular o acesso aos serviços de saúde de pessoas em situação de vulnerabilidade social. A vigilância alimentar e nutricional faz parte das condicionalidades relacionadas às políticas de saúde, de forma que o Programa pode interferir no enfrentamento das situações de insegurança alimentar e nutricional, tanto na sua dimensão alimentar, proporcionando maior acesso a alimentos por meio da transferência de renda, quanto na dimensão nutricional, que diz respeito à relação com a saúde.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

7.6. Ações de Prevenção de Doenças e Agravos

A prevenção de doenças e agravos compreende ações conjuntas entre vigilância e atenção à saúde com o objetivo de estruturar a rede de proteção e cuidado com componentes de produção e uso de informações sociais e em saúde. Com ações antecipadas frente aos fatores de risco das doenças e acidentes. E com ações intersetoriais que pactuem intervenções estruturantes nas cidades e no campo e lançamento de acordos regulatórios que incidam nos fatores de risco.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde. As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura. A maioria das mortes prematuras está ligada a fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, poluição ambiental e saúde mental. Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis. O quadro 6 apresenta ações de prevenção do sobrepeso, da obesidade e algumas comorbidades associadas.

Quadro 6 – Ações de Prevenção do Sobrepeso, da Obesidade e comorbidades associadas.

Ações de Prevenção de Doenças e Agravos	
Fator de Risco e Determinantes Sociais Associados	Ações
Hábitos alimentares inadequados	Aconselhamento nutricional individualizado: orientar com relação à qualidade e quantidade dos alimentos e o modo de comer. Deve ser realizado de forma longitudinal e, sem mudanças bruscas e dietas restritivas, respeitando a cultura alimentar e incentivando o autocuidado. A abordagem deve ser acolhedora sem discurso estigmatizante, com propostas de metas reais. Desenvolver ações em parcerias com outros órgãos ou instituições que possam contribuir para que as pessoas tenham mais acesso a alimentos saudáveis. A abordagem coletiva pode ser desenvolvida por meio de ações em grupo multiprofissionais realizadas de forma integrada ao aconselhamento individualizado, com atividades educativas atrativas, participativas e problematizadoras que contemple mudanças nas práticas alimentares segundo a realidade do usuário e usuária. As ações devem seguir as orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira, incentivar o consumo de alimentos in natura e minimamente processados como a base da alimentação, limitar o consumo de alimentos processados e evitar o consumo de ultraprocessados. Além de orientar a correta leitura de rótulos para fazer melhores escolhas alimentares.

Sedentarismo e Inatividade Física	Aconselhamento sobre a importância da atividade física: a prática regular de exercício físico auxilia na perda de peso corporal bem como sua manutenção, além de contribuir para o bem-estar físico e psicológico. Considerar preferência de atividade, condições e limitações físicas, disponibilidade, acesso à ambientes comunitários como Academias da Saúde ou outros espaços, escala gradual de frequência, intensidade e duração. Propor mudanças de hábitos de vida diária que proporcionem uma vida mais ativa, como, por exemplo, preferir caminhadas, em locais seguros, a um meio de transporte como veículos automotivos. Desenvolver ações em parcerias com outros órgãos ou instituições que possam contribuir para que as pessoas tenham mais acesso a prática de atividade física.
Preço dos alimentos	Orientar o usuário e usuária a fazer a base da alimentação com alimentos in natura e minimamente processados, bem como considerar a sazonalidade, pois os alimentos “da época” tem menor custo. Incentivar o desenvolvimento de habilidades culinárias.
Insegurança Alimentar	Após a identificação de famílias em insegurança alimentar através do Instrumento de Triagem Alimentar (TRIA), articular de forma insertorial ,por exemplo, em parceria com as Secretaria da Assistência Social, da Agricultura e Abastecimento, entre outros setores, para criar políticas e estratégias locais, como exemplos, o apoio à agricultura familiar e a criação de hortas comunitárias, para garantir a segurança alimentar da população.
Baixa escolaridade	Utilizar linguagem simples, de fácil compreensão ao orientar sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física, e outras orientações para aumentar o gradiente de saúde do usuário ou usuária.
Má higiene bucal	Caracterizado o risco de a pessoa com obesidade desenvolver doença periodontal, o cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe de saúde bucal (eSB) devem participar da equipe multidisciplinar que o assiste. Uma avaliação clínica criteriosa deve ser realizada periodicamente, buscando identificar se a higiene bucal se encontra adequada, a presença de cáries e se o periodonto não apresenta sinais de atividade de doença. Essa conduta é extremamente importante para subsidiar a manutenção de níveis adequados do biofilme supra gengival e, consequentemente, a redução dos riscos de desenvolvimento de doença periodontal e cárie dentária.
Problemas Relacionados à Medicamentos	Avaliar se os usuários e usuárias que fazem uso contínuo de medicamentos estão tendo acesso adequado e/ou estão apresentando algum tipo de problema relacionado ao uso do medicamento que possa estar prejudicando a segurança do usuário e usuária e/ou a eficácia do tratamento. Caso necessário realizar intervenção clínica, seja por meio do cuidado farmacêutico, caso haja disponibilidade do serviço na rede, seja por meio de orientação adequada quanto aos meios de acesso aos medicamentos conforme os componentes da assistência farmacêutica ao qual o medicamento faz parte (componente básico, componentes estratégico e/ou especializado).

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025

7.7. Programação Assistencial das Equipes de APS

O instrumento de programação é a planilha de programação local, que é organizada por ciclo de vida, patologia ou condição de saúde e estratificação por grau de risco. A programação assistencial baseia-se principalmente em parâmetros populacionais e epidemiológicos. Tais parâmetros não esgotam a complexidade encontrada nos territórios, porém trazem elementos para que as equipes consigam organizar suas agendas de forma mais equilibrada com as demandas e com as necessidades da população. Certamente, a definição das metas de atendimento ficará sob a responsabilidade de cada equipe considerando suas especificidades, ou seja, mesmo após quantificar o volume de atendimentos necessários, cada equipe definirá o percentual que se propõe a atender em determinado período. A definição dos parâmetros mencionados baseia-se nas Diretrizes e/ou Protocolos Clínicos ou nas Linhas de Cuidado existentes para cada condição de saúde ou ciclo de vida.

O processo de dimensionamento da força de trabalho e dos serviços pode ser desenvolvido em 4 etapas:

Etapa 1: cadastro da população - esta etapa refere-se ao processo de cadastramento e à classificação de risco familiar. Destaca-se a importância de o cadastro ter sido realizado considerando as faixas etárias, o sexo e o grau de risco das famílias, as principais condições de saúde e as patologias existentes na área de abrangência, pois são informações importantes para a programação assistencial.

(Para saber mais consulte: 8. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar. Escala de risco familiar de Coelho-Savassi - Quadro 34).

Etapa 2: levantamento da situação de saúde da população - esta etapa, considerando as informações levantadas na etapa 1, é necessário que as equipes realizem a estratificação por grau de risco das principais condições e patologias já identificadas. Por exemplo, não basta ter o registro do número total de pessoas com sobrepeso e obesidade, é necessário saber quantos são de risco habitual e quantos são de alto risco. Todas essas informações referentes às etapas 1 e 2 devem ser inseridas na planilha de programação assistencial.

(Para saber mais consulte: 9. Planilha de Programação Local ou Assistencial trabalhada no Saúde em Rede - Quadro 34).

Etapa 3: definição das metas de atendimento - na etapa 3, as equipes devem analisar os dados gerados pela planilha e definir as metas de atendimento para cada condição de saúde no período acordado (inicialmente, sugere-se trabalhar com o período de um ano).

Etapa 4: construção da agenda de atendimentos - ao final do processo, as equipes terão dados e elementos para elaborar as agendas de atendimentos semanal. As metas de atendimento mencionadas anteriormente também estarão embutidas nos cálculos, de modo que o que foi pactuado pelas equipes seja garantido na construção das agendas.

7.8. Parâmetros para a atenção à saúde na APS

A população alvo dessa linha de cuidado será toda a população adulta de Minas Gerais. Isso inclui as pessoas com IMC entre 18,5 e 24,9, eutróficas, que serão abrangidas pelas ações de promoção da saúde; aquelas com sobrepeso, IMC entre 25 e 29,9, que demandam ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade. E, também, as pessoas com obesidade grau I, IMC entre 30 e 34,9; com obesidade grau II, IMC entre 35 e 39,9 e com obesidade grau III, IMC $\geq$ 40kg/m². É importante lembrar que o manejo da obesidade é de longo prazo e demanda a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os usuários e usuárias, devendo ser realizado a partir da integração de abordagens coletivas e individuais (Brasil, 2021).

Abaixo, no (quadro 7), seguem ações a serem realizadas no acompanhamento da população alvo dessa Linha de cuidado, com as descrições respectivas de metas, frequência e parâmetros de referência de cada ação. Destaca-se que a frequência é uma proposta de organização do cuidado e pode ser adaptada conforme a realidade local e as demandas do/a usuário e usuária. Os dados informados nos parâmetros são uma referência e cada município pode identificar o seu percentual de cada estado nutricional da população por meio do SISVAN. Os dados de prevalência de sobrepeso e obesidade são do ano de 2023.

Quadro 7 – Parâmetros de Atenção.

Parâmetros de Atenção			
Ação	Meta	Frequência	Parâmetros de referência
Aferir peso e altura (antropometria) da população adulta para acompanhamento do estado nutricional da população e identificar as pessoas com sobrepeso e obesidade.	Toda a população que utiliza as UAPS	Anualmente	Sobrepeso*: 34% Obesidade total: Obesidade Grau I: 19% Obesidade Grau II: 8% Obesidade Grau III: 4%
Aplicar a ficha dos marcadores de consumo alimentar e identificar os usuários e usuárias com alimentação inadequada.	Toda a população que utiliza as UAPS	Anualmente	Consumo de ultraprocessados*: 74%
Oferecer à comunidade, atividades coletivas de atividade física e/ou práticas corporais.	Toda a população	No mínimo 3 X semana	Percentual de pessoas insuficientemente ativas** 35,6%
Ofertar atividade coletiva de promoção da alimentação adequada e saudável	Toda a população	Grupo anual com sete encontros***	Consumo de ultraprocessados*: 74%
Realizar a antropometria de usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade para acompanhamento e avaliação	Toda a população com sobrepeso e obesidade	Trimestralmente	Sobrepeso: 34% Obesidade total: Obesidade Grau I: 19% Obesidade Grau II: 8% Obesidade Grau III: 4%
Aplicar a ficha dos marcadores de consumo alimentar) de usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade para acompanhamento e avaliação	Toda a população com sobrepeso e obesidade	Trimestralmente	Consumo de ultraprocessados*: 74%

Oferecer atividades coletivas de atividade física e/ou práticas corporais.	Toda a população com sobrepeso e obesidade	Pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica com intensidade moderada, ou pelo menos 75 minutos com intensidade vigorosa por semana.	Sobrepeso: 34% Obesidade total: Obesidade Grau I: 19% Obesidade Grau II: 8% Obesidade Grau III: 4
Ofertar atividade coletiva de promoção da alimentação adequada e saudável	Toda a população com sobrepeso e obesidade	No mínimo 5x ao ano	Sobrepeso: 34% Obesidade total: Obesidade Grau I: 19% Obesidade Grau II: 8% Obesidade Grau III: 4%

Fonte: SISVAN, 2024; PNS, 2019.

*** Proposta do Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. A periodicidade, os temas aplicados e as estratégias utilizadas nos encontros deverão ser adequadas à realidade e às necessidades locais.

7.9. Gestão da Condição de Saúde

A gestão da condição de saúde vai além do gerenciamento das doenças crônicas. É uma tecnologia indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo, a exemplo da obesidade. A gestão da condição de saúde é um enfoque que se dirige a uma população determinada e é, portanto, uma tecnologia que exige, como pré-condição, o conhecimento e o relacionamento constante com uma população adscrita que será sujeito das intervenções em relação a uma condição de saúde determinada. Dessa forma, pressupõe o conhecimento da população por meio de um sistema de cadastramento familiar e de um sistema de informação com capacidade de fazer o registro dessa população adscrita por condição de saúde e por riscos em relação a essa condição. A gestão da condição de saúde é a tecnologia que se utiliza no manejo das condições crônicas, como o sobrepeso e a obesidade nas pessoas atendidas nos níveis 3, 4 e 5 do MACC, conforme mostra a Figura 1.

Isso faz com que a eSF seja um espaço privilegiado de gestão da atenção à saúde porque é, na Atenção Primária à Saúde, que a população se afilia ao sistema de atenção à saúde. A gestão da condição de saúde tem como premissa a melhoria da atenção à saúde em toda a RAS, mas ela pode ser, especialmente, aplicada na eSF. O instrumento básico para o desenvolvimento da gestão da condição de saúde é a **Linha de Cuidado**, que normatiza a condição de saúde na eSF, em seus aspectos da promoção da saúde, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos (MENDES, 2012; OPAS, 2012).

7.10. Processo de cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade na APS

As responsabilidades da APS na atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade e no processo de cuidado propõe atividades que buscam garantir o contato continuado do usuário e usuária com as equipes de saúde (BRASIL, 2022). O processo de cuidado requer que as equipes de saúde conheçam suas populações (o usuário e usuária e sua família) e seus territórios, identifiquem as redes de apoio para o cuidado e, que o manejo das condições de saúde já estabelecidas seja feito com estratificação de risco, considerando os determinantes sociais da saúde e por meio das tecnologias de gestão da clínica (MENDES, 2012). São etapas para a organização do processo de cuidado: identificação do usuário e usuária; acolhimento e abordagem inicial; individual; coletiva e; transversal.

7.10.1. Implementação das intervenções clínicas destinadas à população alvo da linha de cuidado

As intervenções clínicas destinadas às subpopulações com fatores de risco ligados a determinantes sociais individuais, serão organizadas de acordo

com o que está proposto pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas, seguindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos, 2020. A partir da identificação e estratificação da população alvo dessa linha de cuidado, conforme demonstrado nas três colunas da Pirâmide do MACC (Figura 1), faz-se a elaboração da programação assistencial, conforme mencionada acima, no item 7.4.1.1 Programação Assistencial das Equipes da APS, a partir das necessidades reais das pessoas vinculadas a cada equipe da eSF e a disponibilidade dos serviços. A programação é feita em cada equipe da eSF, dada a sua função de coordenadora da RAS. A programação no nível da APS merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, é programada no nível dos cuidados primários, a partir das necessidades identificação nos territórios (MENDES, 2012; OPAS, 2012; BRASIL, 2022).

Para os serviços farmacêuticos clínico assistenciais, normalmente a demanda de usuários e usuárias é maior do que a resposta do serviço, principalmente no início. Esse é um dos principais motivos que justificam a triagem e a seleção de usuários e usuárias, pois, já que não é possível atender a toda a população, é necessário selecionar aqueles que mais necessitam do atendimento (Brasil, 2014). Dos serviços a serem ofertados existem o “Rastreamento em Saúde”, “Educação em Saúde” com foco no uso correto de medicamentos, “Dispensação” orientada, “Manejo de Problemas de Saúde autolimitados”, “Conciliação de Medicamentos”, “Revisão da Farmacoterapia e” Acompanhamento Farmacoterapêutico). Doucette e colaboradores (2013) sistematizam alguns potenciais critérios:

Usuários e usuárias com problemas de adesão aos medicamentos, por qualquer motivo;

Usuários e usuárias que deixaram de adquirir qualquer um dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou dificuldade de acesso;

Usuários e usuárias que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes, todos os meses, a fim de adquirir seu tratamento completo;

Usuários e usuárias que foram internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos seis meses (quanto maior o número de admissões, maior o risco);

Usuários e usuárias que possuem prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano (quanto maior o número de médicos diferentes, maior o risco);

Usuários e usuárias que tratam várias doenças ou problemas de saúde simultaneamente com medicamentos (quanto maior o número de diagnósticos, maior o risco).

7.10.2. Acolhimento da pessoa com sobrepeso ou obesidade

Muitas vezes, a pessoa com sobrepeso ou obesidade se sente estigmatizada, pois é discriminada dentro do grupo social, que pode ser a própria família, a escola, os vizinhos e os amigos, o que pode levar a um isolamento cada vez

maior e à busca por preencher seu sentimento de insatisfação por meio da comida. O preconceito, o estigma e a discriminação resultam em maior morbimortalidade, com efeitos físicos e psicológicos. Crenças e atitudes preconceituosas podem desencorajar a pessoa com sobrepeso ou obesidade a procurar os serviços de saúde, tanto para estas como para outras condições, comprometendo o acesso à saúde como um todo. Os profissionais de saúde e a estrutura das UAPS devem estar preparados para receber os usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade, uma vez que muitas vezes as ações dos profissionais de saúde e a estrutura das unidades de saúde podem reforçar nessas pessoas o sentimento de que não são bem-vindas nesses locais, quando não estão adequados para recebê-las (quando não há braçadeiras, cadeiras, macas e outros equipamentos adequados para o atendimento desse público, por exemplo) (BRASIL, 2022).

Considerando a importância de um acolhimento adequado que contribua para o processo de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, é fundamental que todos os trabalhadores envolvidos na gestão e na execução da atenção, ampliem seus conhecimentos a respeito do sobrepeso e da obesidade, compreendendo os diversos fatores determinantes dessa condição, avaliem suas atitudes quando estão cuidando de pessoas com excesso de peso e reflitam de que modo elas podem estar influenciando na qualidade do cuidado, de forma a evitar a culpabilização do indivíduo e de sua família.

Outro ponto muito importante e que deve ser levado em consideração durante o acolhimento, por todos os profissionais da UAPS, é o racismo estrutural como um determinante social de saúde, principalmente das pessoas pretas, em situação de vulnerabilidade, adoecimento e morte. Entende-se o racismo estrutural como a maneira como a sociedade promove a discriminação e junto a este termo soma-se outro, o racismo institucional, que se expressa de forma explícita e difusa no funcionamento cotidiano das instituições e organizações. Sendo assim, o racismo não existe apenas nas atitudes e crenças das pessoas, mas está intrínseco na sociedade. Na saúde, o racismo manifesta-se de diversas formas, principalmente o racismo institucional que frequentemente ocorre de forma implícita.

Estudos mostram que sociedades e ambientes com maiores níveis de racismo estrutural, são propícios a maior prevalência de obesidade nas populações vulnerabilizadas. Demonstram ainda, que de modo geral, a etnia preta tem uma alimentação com menos qualidade, com maior consumo de alimentos ultraprocessados e menor consumo de verduras e legumes, quando comparados a etnia branca. E que o racismo estrutural pode vir a promover ou potencializar esta diferença, uma vez que este fenômeno social afeta a condição econômica, educação de qualidade, emprego digno, habitação, tratamento igualitário e acesso à saúde. Diante disso, ressalta-se a necessidade de que seja adotado esforços por parte do Estado, no sentido de combater a desigualdade racial e o racismo estrutural, promovendo ainda melhores condições de acesso econômico e alimentação mais saudável para as populações mais vulnerabili-

zadas (PINHEIRO T. L. F.; SILVA L. D.; SANTOS C. M.; OLIVEIRA G. M.; BORBA D. P. *et al.*, 2023).

7.10.3. Abordagem inicial

Na abordagem inicial é importante que os profissionais das equipes de saúde identifiquem os usuários e usuárias com sobrepeso ou obesidade e iniciem conversas centradas na pessoa e direcionadas para a saúde e que os profissionais solicitem permissão antes de discutir o peso ou fazer avaliações antropométricas, de maneira que possa compreender a visão do indivíduo sobre si mesmo.

A abordagem inicial deve ser realizada por profissional de nível superior das equipes de saúde. Os indivíduos com sobrepeso ou obesidade devem ser avaliados, também, quanto a fatores psicológicos ou psiquiátricos que podem interferir no sucesso e na adesão ao tratamento. Sabe-se que sobrepeso ou obesidade estão associados a repercussões na saúde mental, embora a natureza desta associação ainda não tenha sido totalmente elucidada. Estudos mostram que o excesso de peso está associado a chances significativamente mais altas de sintomas depressivos e suicídio. Mudanças no peso, associadas à depressão, são um fenômeno complexo e podem ser influenciadas por fatores específicos da doença, como alterações no apetite, na atividade física ou uso de medicamentos antidepressivos. Deste modo, medidas de apoio psicológico podem auxiliar no tratamento do sobrepeso e da obesidade (BRASIL, 2020; BRASIL, 2024). Essa abordagem deve iniciar com o pedido de permissão para discutir o peso do usuário ou usuária tem como objetivos principais:

- Sensibilizar o usuário e usuária (utilizar ferramentas e perguntas respeitosas, não culpabilizadoras) e conhecer mais aspectos da sua vida que possam influenciar a sua condição;
- Avaliar comorbidades e risco cardiovascular – explicar ao usuário e usuária os resultados e os riscos relacionados para saúde;
- Avaliar se os usuários e usuárias que fazem uso contínuo de medicamentos estão tendo acesso adequado e/ou estão apresentando algum tipo de problema relacionado ao uso do medicamento que possa estar prejudicando a segurança do usuário e usuária e/ou a eficácia do tratamento;
- Realizar avaliação antropométrica, classificação do estado nutricional e avaliação dos marcadores de consumo alimentar (SISVAN), conforme orientações da Vigilância Alimentar e Nutricional, caso ainda não tenham sido realizadas;
- Avaliar o estágio de prontidão de mudança ou o estágio de mudança do comportamento (Quadro 3 – Modelo Transteórico) que permite direcionar melhor as ações e metas para cada indivíduo, considerando que estes apresentam diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em sua alimentação ou em seu estilo de vida;
- Avaliar os níveis de atividade física, quando possível e, quando houver limitações de mobilidade, avaliar as atividades da vida diária (AVD) caracterizadas

pelas tarefas básicas cotidianas de autocuidado;

- Realizar intervenções breves: apresentar e explicar os 10 passos para a alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira, fazer intervenções alimentares baseadas nos Protocolos de Uso do Guia Alimentar; orientar sobre atividade física com base no Guia de Atividade Física para a População Brasileira; sempre de forma clara e objetiva.
- Agendar consulta individual com o enfermeiro ou médico da equipe, com o nutricionista ou farmacêutico clínico, quando necessário (ou com outro profissional da equipe que se considere mais pertinente, tanto pela clínica quanto pelo vínculo com o usuário e usuária), caso disponível, para iniciar o acompanhamento voltado ao tratamento do sobrepeso e da obesidade;
- Refletir junto ao usuário e usuária possíveis atividades realizadas na unidade de atenção primária ou nos Polos do Programa Academia da Saúde, nas quais ele possa ser inserido;
- Caso o usuário e usuária opte por não iniciar o tratamento para redução do peso naquele momento, enfatizar que a equipe permanecerá à disposição para apoiar o início do tratamento em ocasião mais adequada para o usuário e usuária, e orientar quanto às ações de promoção da saúde ofertadas na UAPS (BRASIL, 2022).

7.10.4. Diagnóstico do sobrepeso e da obesidade

O diagnóstico do sobrepeso e da obesidade faz parte da vigilância alimentar e nutricional e pode ser realizado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e avaliação da circunferência da cintura (CC).

O IMC corresponde à proporção entre o peso e a altura corporal, aferidos na avaliação antropométrica, conforme fórmula abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2} \quad (\text{kg/m}^2)$$

Quadro 8 – Classificação do estado nutricional de pessoas adultas.

IMC	DIAGNÓSTICO
menor que 18,5	Baixo peso
entre 18,5 e 24,9	Adequado (eutrofia)
entre 25 e 29,9	Sobrepeso
entre 30 e 34,9	Obesidade grau I
entre 35 e 39,9	Obesidade grau II
maior que 40	Obesidade grau III

Fonte: WHO, 2000.

Considerando as limitações do IMC como único parâmetro para diagnóstico da obesidade, visto que ele não faz distinção entre massa muscular e gordura corporal, por exemplo, é recomendada a avaliação de outros métodos, como a CC, que avalia a distribuição da gordura intra-abdominal, sendo um marcador de risco de doenças cardiovasculares de adultos (Quadro 7) (The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission, 2025). A medida é obtida com uso de fita métrica, mensurando-se a região localizada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com o indivíduo em expiração. Na impossibilidade de se identificar essa região, a medida é feita a 2 cm acima da cicatriz umbilical (BRASIL, 2020).

Quadro 9 – Classificação da Circunferência da Cintura para adultos quanto ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo o sexo.

Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade		
Sexo	Aumentado	Substancialmente Aumentado
Homem	≥94cm	≥102cm
Mulher	≥80cm	≥88cm

Fonte: WHO, 2000.

(**Para saber mais** sobre Coleta e análise de dados antropométricos consulte: 10. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN – Quadro 34).

7.10.5. Abordagem Individual

As abordagens individuais são aquelas realizadas em consultas com profissional (is) de nível superior que atuarão em conformidade com as suas respectivas formações para o cuidado estritamente relacionado às demandas e necessidades específicas de cada indivíduo. Propõe-se que, após solicitar permissão do usuário e usuária para conversar sobre seu peso, as ações envolvam: avaliação antropométrica com a classificação do estado nutricional, avaliação da circunferência da cintura; avaliação dos marcadores de consumo alimentar; ações de manejo individual conforme o PCDT de Sobrepeso e Obesidade em Adultos e o Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS, 2024; na consulta relacionada ao sobrepeso proceder orientações e propor ações baseadas no estabelecimento de hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física; em se tratando de consulta relacionada à obesidade além das orientações anteriores proceder à definição e elaboração do plano de cuidados, estabelecimento de metas de autocuidado apoiado. Salienta-se que essa abordagem favorece a escuta individualizada e, o aprofundamento de questões individuais com maior privacidade. Para fins de acompanhamento e monitoramento, na consulta deve-se registrar a condição avaliada como “sobrepeso” ou “obesidade” na ficha de atendimento individual do eSUS-APS e/ou prontuário eletrônico (BRASIL, 2022).

(**Para saber mais** consulte – Quadro 34:

3. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde/2022;

4. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade/2024 do Ministério da Saúde;
11. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos/2020;
12. Guia alimentar para a população brasileira/2014;
13. Guia de Atividade Física para a População Brasileira/2021.)

O cuidado na abordagem individual pode ser feito em consulta com apenas um profissional de saúde, mas também pode ser compartilhado e multiprofissional, com a inclusão de categorias profissionais envolvidas nas ações de cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade. A equipe deve contemplar minimamente enfermeiro/a, médico/a, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ressalta-se que a participação de nutricionistas (para a construção de um plano alimentar individualizado, quando necessário), de profissionais de educação física em saúde (a fim de que a prática de atividade física seja prescrita de acordo com as necessidades do indivíduo) e psicólogos/as (cujas intervenções estão focadas nos fatores psicológicos e mudanças comportamentais) na equipe contribuem para melhor adesão do usuário e usuária às intervenções propostas e resultados mais significativos no tratamento. Esses profissionais podem, também, realizar o apoio clínico-assistencial e o suporte técnico-pedagógico aos outros profissionais da equipe, ampliando a capacidade resolutiva da equipe como um todo.

Soma-se aos profissionais que trazem benefícios ao usuário e usuária, quando fazem parte do cuidado compartilhado, o farmacêutico clínico, que proporciona cuidado e segurança ao usuário e usuária, mitigando os problemas relacionados aos medicamentos (PRM) durante os tratamentos de complicações ou comorbidades, proporcionando o uso seguro e correto desses medicamentos (Sobral et al., 2018). Considerando as implicações da obesidade e da cirurgia bariátrica no contexto da saúde bucal, ressalta-se que é essencial o acompanhamento odontológico dos usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade para garantir a promoção, prevenção e recuperação de sua saúde, assim como a integralidade do cuidado. Nesse sentido, as equipes de saúde bucal da APS (eSB/APS) devem ter conhecimento dos usuários e usuárias com obesidade e bariátricos no território. Além disso, usuário e usuárias que serão submetidos à cirurgia bariátrica devem ser avaliados pelo cirurgião dentista com vistas à manutenção e/ou restauração da saúde bucal, a fim de favorecer a mastigação satisfatória, contribuindo assim para que a cirurgia alcance os seus objetivos.

7.10.6. Estratificação por risco para o cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade

O MACC foi adaptado para o manejo do sobrepeso e da obesidade onde a população é subdivida em estratos de risco segundo o grau de excesso de

peso, hábitos alimentares, atividade física, comorbidades e indicação cirúrgica de tratamento. O MACC favorece a oferta de estratégias mais efetivas e integradas na RAS, sobretudo se pautadas na prática colaborativa e interprofissional. É essencial que as equipes trabalhem de forma articulada e com uma comunicação regular e horizontal, na qual todos tenham igual voz e importância, e que compartilhem objetivos e visões sobre o cuidar, superando a atuação fragmentada (BRASIL, 2024).

O rastreamento e a estratificação de risco na APS devem ser realizados para identificar os indivíduos com sobrepeso ou obesidade. O profissional de saúde deve, também, investigar a presença de outras doenças ou uso de medicamentos que possam contribuir para o ganho de peso e avaliar a gravidade, além das comorbidades e os fatores de risco relacionados com o sobrepeso e a obesidade, de forma a definir o manejo terapêutico de cada caso. É nesse processo de avaliação, monitoramento e reavaliação que o profissional da APS pondera a necessidade de acionar outros profissionais e dispositivos da RAS, visando o embasamento nas condutas (RONDONIA, 2024). O (Quadro 10) mostra a estratificação da população por risco para o cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade.

Quadro 10 – Matriz de estratificação por risco para o cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade.

Matriz de Estratificação por Risco para o manejo do Sobrepeso ou da Obesidade			
População	Níveis	Ações	Pontos da RAS
Estratificação da População alvo da LCSO	1: População Geral	Intervenções de promoção à saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade	Atenção Primária à Saúde
	2: Usuários e usuárias com Sobrepeso	Anualmente	Consumo de ultraprocessados*: 74%
	3: Usuários e usuárias com Obesidade Grau I (IMC ≥ 30kg /m² e < 35 kg/m²)	Acompanhamento contínuo, longitudinal e autocuidado apoiado	Atenção Primária à Saúde
	4: Usuários e usuárias com Obesidade Grau II (IMC ≥ 35 kg/m² e < 40 kg/m²), sem comorbidades ou com comorbidades controladas.	Acompanhamento contínuo, longitudinal, autocuidado apoiado e maior atenção cooperativa da eSF.	Atenção Primária à Saúde
	5: Usuários e usuárias com IMC ≥ 35kg/ m² com comorbidades descompensadas e/ou IMC ≥ 40 kg/ m² com ou sem comorbidades.	Acompanhamento por 2 anos e gestão da condição de saúde.	Atenção Primária à Saúde

	6: Usuários e usuárias com excesso de peso* (IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$) e que possuem Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial estratificado como alto e muito alto risco.	Acompanhamento compartilhado entre APS e AAE e gestão da condição de saúde.	Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada
	7: Usuários e usuárias com IMC $\geq 50\text{kg/m}^2$, com condições clínicas muito complexas e indicação para cirurgia bariátrica;	Gestão de caso, com bastante cuidado multiprofissional, em todos os pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS.	Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Especializada Hospitalar
	8: Usuários e usuárias com IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas e/ou IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$ com ou sem comorbidades, que não tiveram sucesso no tratamento* após dois anos de acompanhamento na APS e/ou acompanhamento compartilhado por 2 anos entre APS e AAE.	Gestão de caso, com bastante cuidado multiprofissional, em todos os pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS.	Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Especializada Hospitalar

Fonte: Elaboração própria com base no MACC – SES-MG/2025.

* Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não tiveram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento.

7.10.7. Plano de Cuidados

O plano de cuidados, individual e interdisciplinar, é uma ferramenta indicada para reunir as informações e competências necessárias para alcançar os resultados propostos. Deve sistematizar e apresentar de forma clara: as necessidades do usuário e usuária a serem abordadas (dúvidas, problemas, diagnósticos etc.); as informações clínicas e de autocuidado mais relevantes, assim como as intervenções para as necessidades identificadas na avaliação e que são resultado de uma abordagem interdisciplinar, com a participação do usuário e usuária. Espera-se que ele proporcione apoio para a gestão da condição de saúde centrada no usuário e usuária, além da comunicação e integração dos diversos pontos de atenção da RAS, como indutor da interdisciplinaridade, da priorização dos problemas e identificação das estratégias de intervenção com a participação ativa do usuário e usuária (PARANÁ, 2022).

A elaboração do plano de cuidados deve seguir as seguintes etapas pela APS: cadastrar o/a usuário ou usuária/família, realizar o acompanhamento longitudinal, fazer o diagnóstico da condição de saúde, a estratificação de risco, a atenção programada, a elaboração do plano de cuidados, a elaboração do plano de autocuidado apoiado e o compartilhamento do cuidado com a AAE. À AAE cabe: acesso mediante o compartilhamento do cuidado pela APS, avalia-

ção multiprofissional especializada focal; avaliação do plano de cuidados elaborado pela APS, elaboração de proposta de atualização do plano de cuidados, acompanhamento do usuário e usuária até a estabilização clínica e transição do cuidado (PLANIFICA SUS, 2019).

Para a execução do plano de cuidados, diferentes categorias profissionais devem participar, sendo que na APS é indispensável a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) por ser o/a principal articulador/a entre a família/usuário ou usuária e a equipe. Ressalta-se que a presença da família em sua construção é um diferencial importante (Brasil, 2024).

Para um compartilhamento do cuidado seguro e adequado, é necessário observar os princípios da atenção centrada na pessoa. Dentre eles, estão o princípio da continuidade e o princípio da transição do cuidado, que significa a provisão de informações detalhadas sobre medicações; limitações físicas; necessidades alimentares e suporte clínico, social e físico de forma contínua, além da coordenação e do planejamento de serviços (MENDES, 2012).

(Para saber mais consulte – Quadro 34: sugestão de como o plano de cuidados da APS pode ser elaborado consulte:

14. “Ficha Plano de Cuidados APS do PLANIFICASUS”;
15. Matriz de apoio à discussão sobre a relação entre APS e AAE e entre AAE e APS;
16. Autocuidado apoiado. In: Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS).

7.10.8. Abordagem coletiva

A abordagem coletiva deve ser conduzida por profissionais de nível superior que constituem a equipe de cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade e pode propiciar a participação de mais de um profissional da equipe. As atividades podem ser realizadas no ambiente da própria UAPS ou outro ambiente disponível no território e devem seguir as normas estabelecidas de acordo com o quadro epidemiológico de cada município. Elas podem ser realizadas de maneira intercalada com as consultas individuais, o que facilita a abordagem de temas comuns aos usuários e usuárias que fazem parte do acompanhamento e do tratamento da pessoa com sobrepeso ou obesidade. É importante destacar, no entanto, que as atividades coletivas, apesar de benéficas, não devem ser condicionantes para o cuidado e tratamento individual. Ou seja, não se pode colocar a participação em atividades coletivas como pré-requisito para o atendimento individual. Devem-se contemplar as particularidades e necessidades de cada indivíduo, se ele está disposto e à vontade ou não para participar do grupo, e adequar o cuidado de acordo com suas demandas. Para a execução das atividades coletivas, orienta-se concentrar atividades em grupo especificamente direcionadas para o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade, visando melhorar a qualidade de vida delas por meio da mudança de comportamento, adoção de alimentação adequada e saudável, prática de atividade física, redução do peso corporal ou manutenção para aqueles

com histórico de ganho de Peso frequente.

Deve-se evitar estigmatização e constrangimento dos participantes por parte dos profissionais, trabalhadores e usuários e usuárias do serviço de saúde. Esse estigma social se correlaciona negativamente a outras dimensões da vida da pessoa com sobrepeso ou obesidade, incluindo escolaridade, status socioeconômico e estado civil, contribuindo significativamente para piora da qualidade de vida. Ademais, profissionais de saúde podem apresentar comportamentos preconceituosos e estigmatizantes, afetando a qualidade do cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade. Muitas vezes, esse comportamento pode ser explícito ou implícito, por meio de falas que culpabilizam apenas o indivíduo pela situação, por atitudes que demonstrem que o profissional não acredita que o tratamento terá resultados, entre outros, resultando em discriminação, injustiças e iatrogenias relacionadas ao tratamento (BRASIL, 2020; BRASIL, 2024).

Recomenda-se, por exemplo, que **as pesagens sejam realizadas em ambiente privado**, durante as consultas individuais. Outra recomendação importante é que **o grupo terapêutico não seja identificado por nomes que remetam à perda de peso, medição da circunferência de cintura ou outras palavras que possam de alguma maneira estigmatizar ou constranger os participantes**. Uma medida que pode ser realizada é sugerir que o grupo escolha um nome para se autodenominar, estimulando a participação, criatividade e autoestima dos participantes. Deve-se registrar a abordagem coletiva na ficha de atividades coletivas do eSUS-APS. Um modelo que pode ser adotado ou adaptado pelas equipes na organização dos processos de trabalho para garantir a atenção adequada aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade é o revezamento das abordagens coletiva e individual (BRASIL, 2022). Ressalta-se, no entanto, que independentemente da abordagem terapêutica é essencial o acolhimento do usuário e da usuária, a construção de vínculo e a humanização do cuidado (BRASIL, 2024).

7.10.8.1. Metodologia de grupos proposta para o cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade no SUS

O grupo é um espaço objetivo e subjetivo que possibilita a criação de redes sociais e compartilhamento de vivências. Os participantes experimentam diferentes contatos que possibilitam construções coletivas e novas vivências, mediadas pela experiência dos profissionais. Evidências científicas mostram que a frequência de contato com o usuário e usuária amplia a efetividade do grupo, seja presencial ou não, com ou sem direito de resposta, corroborando o uso de tecnologias de comunicação em intervenções.

Grupo Motivacional (GM) objetiva discutir os aspectos que dificultam e interferem na mudança de comportamento, de forma que os participantes compreendam, caso considerem pertinente, a obesidade como um problema a ser solucionado e estabeleçam compromisso para mudar. Para isto, o grupo busca desenvolver habilidades e competências relacionadas ao impacto do

peso corporal na saúde e nas atividades cotidianas.

Grupos Terapêuticos (GTs) se caracterizam pela inclusão de usuários e usuárias com mesmo diagnóstico para tratamento, com o estabelecimento de metas terapêuticas específicas, como a redução de peso, alívio de sintomas e melhoria da saúde. Os grupos terapêuticos trabalham as relações interpessoais aliadas ao reconhecimento e respeito das diversidades. São espaços de comunicação e integração para refletir sobre emoções e atitudes a partir de um novo e diferente vértice, gerado pelas interações no grupo, criando possibilidades de mudança (BRASIL, 2021).

(**Para saber mais, consulte:** 17. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS/2021 – Quadro 34)).

7.10.9. Abordagem transversal

A abordagem transversal se configura como um conjunto de ações de promoção da saúde e assistência multiprofissional, cuja periodicidade e número de encontros não estão pré-estabelecidos, pois dependem da demanda e da necessidade de cada usuário ou usuária, da organização e disponibilidade dos equipamentos e serviços de saúde e de sua articulação intra e inter-setorial, e da situação epidemiológica de cada território, podendo ocorrer a qualquer momento ao longo do acompanhamento do usuário ou usuária. **As abordagens transversais são compostas pela Prática de Atividade Física, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, o Apoio Psicológico, a Abordagem Familiar, as atividades intersetoriais**, entre outras que possam complementar o cuidado ofertado (BRASIL, 2021; BRASIL, 2021). Os processos de cuidado transversais poderão ser organizados conforme a disponibilidade no território de equipamentos e serviços que ofereçam essas ações.

As condições psicológicas são condições que podem estar associadas à obesidade. Os indivíduos com sobrepeso ou obesidade devem ser avaliados quanto a fatores psicológicos ou psiquiátricos que podem interferir no sucesso e na adesão ao tratamento. De acordo com o Ministério da Saúde, apesar da riqueza de evidências científicas para demonstrar a complexidade atrelada à prevenção e ao controle da obesidade, o tema é constantemente tratado como trivial.

A sociedade é continuamente informada de que ganho e perda de peso são simples. Isso é muitas vezes associado a propagandas sensacionalistas de módulos de atividade física, dietas e medicamentos milagrosos. Esse discurso propagado para a sociedade gira em torno da mensagem de que as pessoas ganham peso em decorrência de falha moral como preguiça e gula e, que a perda de peso pode ser alcançada, rapidamente, ao se comer menos e se mover mais. Esse discurso, não otimiza o processo de prevenção nem auxilia na perda de peso, mas acaba gerando estigmas, rótulos e estimulando a gordofo-bia (BRASIL, 2020).

Assim, o apoio psicológico e, também, a abordagem familiar são ferramentas potentes para o tratamento da obesidade. Considerando a importância

do apoio e/ou tratamento psicossocial, recomenda-se que a equipe multiprofissional para atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade contemple a participação de um/a psicólogo/a na sua composição, sempre que possível, a fim de estabelecer uma rotina de assistência conforme necessidade individual.

O Ministério da Saúde sugere, no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos e no Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS, que o suporte psicológico seja baseado na Entrevista Motivacional (EM) e na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), mas o profissional de saúde tem autonomia para escolher a abordagem com a qual irá trabalhar. **(Para saber mais consulte:** 4. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS/Ministério da Saúde, 2024 e 11. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos e no Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS, 2020 – Quadro 34).

A EM é um estilo de aconselhamento diretivo e centrado no indivíduo. A TCC parte do pressuposto de que mudanças cognitivas e comportamentais que facilitem o aumento da atividade física e a adesão a um padrão alimentar saudável podem ser úteis no tratamento da obesidade. A TCC é uma terapia breve, caracterizada por sessões semiestruturadas e orientada para metas. Ela envolve um trabalho colaborativo, com participação ativa do profissional da saúde e do usuário e usuária no tratamento, e possui um caráter educativo. A abordagem deve ser adequada às necessidades do indivíduo com sobrepeso ou obesidade e condicionada à capacitação das equipes de saúde para a realização adequada dessas estratégias. Ademais, os indivíduos devem ser informados sobre a possibilidade de associação com outras modalidades de tratamento, como orientação alimentar e prática de atividade física (BRASIL, 2020; BRASIL, 2024).

7.10.10. Integração das abordagens individual, coletiva e transversal

O manejo do sobrepeso e da obesidade demanda a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os usuários ou usuárias e deve ser realizado a partir da integração das abordagens individual, coletiva e transversal. As intervenções multicomponentes são centrais no manejo do sobrepeso e da obesidade por serem mais efetivas do que a atuação isolada, com destaque para aquelas relacionadas à alimentação, mudanças de comportamento e prática de atividade física (BRASIL, 2021).

No quadro 11 é sugerida a periodicidade de acompanhamento do usuário e usuária com sobrepeso ou obesidade, podendo-se alternar as abordagens individual e coletiva, além da transversal, considerando que o acompanhamento desse usuário e usuária deve ser frequente. Essa frequência de atendimentos individuais pode também variar conforme presença de comorbidades, realização de cirurgia bariátrica, autocuidado realizado, suporte social etc. Ressalta-se que essa é apenas uma proposta de organização do cuidado, que deve ser

adaptada conforme a realidade local e as demandas do/a usuário ou usuária (BRASIL, 2024).

A periodicidade das consultas e a participação em grupos terapêuticos e motivacional deve ser analisada pela equipe de saúde de forma individual, pois cada usuário ou usuária terá sua necessidade específica. É importante que todo acompanhamento, individual ou em grupo, seja registrado para comprovar o tratamento clínico longitudinal, de dois anos, para encaminhamentos a outro ponto da RAS, caso seja necessário.

Quadro 11 – Frequência de acompanhamento a indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Parâmetros de Atenção		
Usuários e usuárias com Sobrepeso (IMC>25 a 29,9Kg/m2)		
Mês	Abordagem	A B O R D A G E N S T R A N S V E R S A I S
1º mês	Acolhimento e Abordagem inicial	
2º mês	Abordagem coletiva	
4º mês	Abordagem coletiva	
5º mês	Abordagem individual	
6º mês	Abordagem coletiva	
8º mês	Abordagem coletiva	
9º mês	Abordagem individual	
10º mês	Abordagem coletiva	
12º mês	Abordagem individual/Avaliação final	

Usuários e usuárias com Obesidade (IMC>30Kg/m ²)		
1º mês	Acolhimento e Abordagem inicial	A B O R D A G E N S T R A N S V E R S A I S
2º mês	Abordagem coletiva	
3º mês	Abordagem individual	
4º mês	Abordagem coletiva	
5º mês	Abordagem individual	
6º mês	Abordagem coletiva	
7º mês	Abordagem individual	
8º mês	Abordagem coletiva	
9º mês	Abordagem individual	
10º mês	Abordagem coletiva	
11º mês	Abordagem individual	
12º mês	Abordagem individual e Reavaliação.	

Fonte: Adaptado de Paraná, 2022; Brasil, 2021.

*Abordagens Transversais: Suporte psicológico, prática de atividade física, práticas integrativas e complementares em saúde, ações intersetoriais para promoção da saúde e prevenção ao sobrepeso e à obesidade, abordagem familiar, entre outras que possam complementar o cuidado ofertado.

Após doze meses de acompanhamento, a frequência de acompanhamento deve ser ajustada conforme as metas acordadas alcançadas e as necessidades específicas de cada usuário e usuária. Sugere-se que para os usuários e usuárias que:

- Apresentaram perda $\geq 5\%$ do peso inicial: abordagens coletivas + acompa-

nhamento longitudinal na APS

- Não tiveram sucesso: novo ciclo com adaptações, quando necessário.

7.10.11. Gestão do Cuidado Compartilhado na Rede de Atenção à Saúde

7.10.11.1. Compartilhamento do Cuidado

O compartilhamento do cuidado refere-se a todos os mecanismos que integram as equipes da APS e AAE, visando garantir o fluxo seguro e oportuno de usuários e usuárias com condições crônicas de alto e muito alto risco. Além disso, busca assegurar o encaminhamento adequado de informações e produtos gerados durante os atendimentos, com o objetivo de solucionar problemas e apoiar a tomada de decisões. A integração APS e AAE, por meio do compartilhamento do cuidado e da atuação integrada das duas equipes, tornam os dois níveis ou serviços de saúde, progressivamente, um único microssistema clínico, garantindo uma atenção contínua e integrada. Essa qualificação progressiva possibilita que a equipe da APS, apoiada pela equipe da AAE, assumam com mais segurança o cuidado também de usuários ou usuárias com condição mais complexa com estabilidade clínica.

Compartilhar o cuidado pressupõe compreender que a complexidade de determinadas situações de saúde demanda intervenções conjuntas para alcançar soluções possíveis. Para isto, é importante dividir e construir junto diagnósticos e condutas terapêuticas, incluindo as equipes de saúde, o olhar intersetorial, o usuário ou usuária e a sua família em sua comunidade. Considerar a realidade do usuário ou usuária e seu território, assim como os recursos disponíveis, pode levar a melhores desfechos. Tal intervenção é importante para o manejo de condições crônicas, porque permite que as pessoas tenham suas necessidades complexas atendidas de forma adequada, de preferência próximo ao território e/ou residência, possibilitando um cuidado integral e equânime.

Para o compartilhamento do cuidado, deve-se definir a equipe mínima, discutir os casos com a equipe assistente na AAE e preparar Planos de Cuidados, convidar os usuários e usuárias para participar da construção do plano, selecionar os profissionais de referência para cada caso, na APS e na AAE. Além disso, deve-se definir as estratégias de gestão de caso e de cuidado compartilhado, estabelecer fóruns presenciais e/ou virtuais para discussão dos casos em rede (APS e AAE). Em algumas situações é possível a ida das equipes à outra unidade, o atendimento conjunto e o matriciamento. É importante alimentar a planilha de compartilhamento dos casos de acordo com as demandas identificadas. E reavaliar periodicamente o compartilhamento do cuidado. **(Para saber mais acesse:** https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa5_a-ae_anexo7.pdf)

Como ferramentas do compartilhamento do cuidado entre APS/AAE e AAE/APS podem ser utilizadas: educação permanente em saúde, uso de Telessaúde, para capacitação, matriciamento, compartilhamento de informações,

telemonitoramento, teleconsultorias (segunda opinião formativa), prontuários clínicos e plano de cuidados compartilhado. Com essas ferramentas é possível realizar a avaliação continuada das ações por meio da comunicação entre equipes e produzir relatórios online compartilhados por todos.

7.10.11.2. Critérios para compartilhamento do cuidado da Atenção Primária à Saúde coma Atenção Ambulatorial Especializada

Quadro 12 – Critérios de compartilhamento do cuidado entre a APS e a AAE.

Critérios de Compartilhamento do Cuidado
APS com AAE
Usuários e usuárias com excesso de peso (Sobrepeso ou Obesidade) ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e que possuem pelo menos uma das doenças (Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica) estratificado como alto e muito alto risco.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

7.10.11.3. Critérios para encaminhamento da Atenção Primária à Saúde e/ou da Atenção Ambulatorial Especializada para a Atenção Especializada Hospitalar

Quadro 13 – Critérios de compartilhamento do cuidado entre a APS e a AEH.

Critérios de Compartilhamento do Cuidado
APS com AEH
Usuários e usuárias com ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) com comorbidades descompensadas e/ou ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$), que possuem DM e/ou HAS e estratificado como alto e muito alto risco, **que não tiveram sucesso no tratamento após dois anos de acompanhamento compartilhado entre APS e AAE.
Usuários e usuárias com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas e/ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ com ou sem comorbidades, que não tiveram sucesso no tratamento* após dois anos de acompanhamento na APS e/ou acompanhamento compartilhado por dois anos entre APS e AAE.

Usuários e usuárias com ($\text{IMC} \geq 50 \text{ kg/m}^2$), com condições clínicas muito complexas e indicação de cirurgia bariátrica, poderão ser encaminhados para avaliação de indicação de cirurgia bariátrica sem a necessidade de acompanhamento prévio por dois anos, ficando essa decisão a critério da avaliação clínica e multidisciplinar.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

*Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não obtiveram redução de 5% a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento.

7.10.12. Gestão de Casos Específicos

A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa. O objetivo é propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar. Além disso pretende advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde (BRASIL, 2022; MENDES, 2012; OPAS, 2012). A gestão de casos, entre os níveis de atenção da RAS, se dará de acordo com o que está descrito no Nível 5 da pirâmide, na Figura 1, do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. (BRASIL, 2021; MENDES, 2012).

7.10.13. Estratégias de Matriciamento

A integralidade do cuidado se constrói no contexto da prática colaborativa interprofissional, marcada pela reflexão sobre os papéis profissionais na resolução de problemas e na negociação de processos decisórios. Neste sentido, o apoio matricial se destaca por fornecer apoio clínico-assistencial e suporte técnico-pedagógico de profissionais de outros núcleos de conhecimento. A implementação do apoio matricial deve ser baseada no compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas, e nas responsabilizações gerais e específicas dos membros das equipes, pelo trabalho compartilhado e colaborativo. No contexto da APS, a e-Multi é exemplo de apoio matricial às eSF. E deve atuar de forma corresponsável, com as outras equipes de saúde da APS, pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a RAS, no atendimento compartilhado e na construção conjunta de planos de cuidados e intervenções

nos territórios. Do mesmo modo na Atenção Ambulatorial Especializada tem-se profissionais de diferentes núcleos de saber, que atuam na referência e contrarreferência para a APS e demais pontos da RAS, que podem realizar o matriciamento das equipes de saúde (BRASIL, 2021).

7.10.14. Compartilhamento de Informações

Plano de Cuidados é a forma ideal para a comunicação entre as equipes da APS e AAE, sobre o cuidado elaborado para os usuários e usuárias atendidos. Além disso, permite a integração e a continuidade da atenção. Para tanto, é necessário que seja pactuado o instrumento de plano de cuidados a ser utilizado, sua elaboração inicial e a atualização conjunta pela equipe, assim como as modalidades de envio do plano de cuidados elaborado e os mecanismos de monitoramento do plano.

Assim, a equipe da APS, na maioria dos casos, realiza o atendimento inicial e a estratificação de risco e deve elaborar o primeiro plano de cuidados a ser compartilhado com a atenção ambulatorial especializada na ocasião do atendimento agendado. A equipe especializada faz o atendimento multiprofissional especializado e atualiza o plano de cuidados a ser compartilhado com a equipe da APS no retorno do usuário ou usuária. A partir daí o plano de cuidados deve ser continuamente monitorado e atualizado. Devendo ser elaborado em conjunto com o usuário ou usuária, identificando problemas, definindo metas e pactuando papéis.

É possível utilizar, também, como ferramentas de comunicação, a referência, a contrarreferência, e o Telessaúde, para capacitação das equipes, matriciamento, compartilhamento de informações e telemonitoramento. Com essas ferramentas é possível realizar a avaliação continuada das ações por meio da comunicação entre equipes e produzir relatórios online compartilhados por todos (FIOCRUZ/IFF, 2020; SAÚDE EM REDE, 2019).

7.10.15. Acompanhamento Longitudinal

7.10.15.1. Cuidado Longitudinal da pessoa com sobrepeso ou obesidade

O acompanhamento longitudinal é indispensável para a construção e manutenção do vínculo do usuário e usuária com a equipe de saúde. O cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade em tratamento e o monitoramento dos efeitos das medidas terapêuticas instituídas são aspectos importantes, tendo em vista o suporte da equipe de profissionais na perda e manutenção do peso, além do acompanhamento das condições de saúde associadas. No entanto, o tratamento vai além da redução do peso, devendo ser valorizados os ganhos que contemplem a saúde integral da pessoa. Os pontos que devem ser valorizadas no cuidado da pessoa com obesidade são: a evolução dos estágios de mudança para redução de peso, a melhoria dos resultados dos exames labora-

toriais, as melhorias no padrão alimentar, a realização de atividade física, a melhora na qualidade de vida, a melhora na qualidade do sono e bem-estar, a melhora na autoestima, dentre outros (BRASIL, 2024).

A antropometria, a aferição da circunferência da cintura e a aplicação da ficha de marcador de consumo alimentar deve ser realizada de forma mais frequente entre usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade, ou entre aqueles eutróficos, mas com histórico de excesso de peso. É sugerida que essa reavaliação seja trimestral. Aqueles que não apresentem perda de peso clinicamente relevante devem ser avaliados não somente quanto às medidas antropométricas, mas também quanto a outros fatores e barreiras que possam estar influenciando na resposta ao tratamento.

Conforme está disposto no item 5.9.11 Integração das abordagens individual, coletiva e transversal e no quadro 11 – Frequência de acompanhamento a indivíduos com sobrepeso e obesidade, propõe-se que o cuidado longitudinal seja composto por abordagens individuais, coletivas de forma alternada e transpassadas por abordagens transversais, considerando as particularidades e necessidades de cada indivíduo e adequando o cuidado de acordo com suas demandas. No intervalo entre as abordagens é importante a realização de telemonitoramento (ex.: ligações, cartões postais, visitas dos ACS, mensagens por celular etc.) (BRASIL, 2024).

O suporte profissional contínuo é imprescindível para a manutenção da perda de peso e para que a adesão ao novo estilo de vida seja facilitada, pois pode aumentar o estado de alerta, a motivação e fornecer incentivo e apoio aos indivíduos. Ademais, as estratégias de automonitoramento, tanto da alimentação quanto do peso, têm se mostrado efetivas. Intervenções comportamentais são geralmente eficazes para reduzir de 8 a 10% do peso, sendo a perda máxima nos primeiros 6 meses. Após esse período, há uma tendência de recuperação de um terço à metade do peso no primeiro ano, principalmente na ausência da continuidade dos cuidados. Em média, o retorno ao peso basal ocorre entre 3 e 5 anos. O reganho de peso se relaciona à diminuição da adesão às orientações nutricionais, à prática de atividade física e aos mecanismos compensatórios endógenos que podem alterar a liberação de hormônios relacionados ao apetite e saciedade, o gasto energético de repouso e outros processos metabólicos e fisiológicos, além dos fatores psicológicos.

O peso corporal é fisiologicamente controlado, e, para evitar sua recuperação, faz-se necessário um esforço contínuo porque, mesmo com total comprometimento, questões físicas, psicológicas, sociais e ambientais que são inerentes à vida podem deixar ainda mais desafiadora a manutenção do peso. Assim, reitera-se enquanto fundamental o investimento em ações de prevenção, em intervenções precoces ao observar ganho de peso excessivo, e no cuidado longitudinal de longo prazo, pois o tratamento de pessoas com obesidade é um processo para toda a vida. Dessa forma, a adoção de metas realistas para perda e manutenção do peso e o foco nos impactos positivos das mudanças de estilo de vida para além dele são de suma importância (BRASIL, 2022).

7.10.16. Controle dos fatores de risco associados à Condição de Saúde

O controle dos fatores de risco engloba essencialmente mudanças nos hábitos de vida. As recomendações devem ser graduais e prazerosas, respeitando a individualidade de cada um, visto que a obesidade é resultado de uma complexa combinação de fatores biológicos, comportamentais, socioculturais, ambientais e econômicos.

Portanto, na abordagem individual recomenda-se ampliar o olhar para o contexto socioeconômico e cultural, adaptando recomendações e estratégias de implementação customizadas. A Educação em Saúde é fundamental para adesão a hábitos de vida saudáveis, e é preciso que os profissionais de saúde traduzam o conhecimento como forma de reduzir a lacuna entre as melhores evidências científicas e o “fazer” na Saúde (ANS, 2017). Assim, uma estratégia que se baseia no aumento da literacia em saúde procura dar empoderamento para os indivíduos, objetivando uma melhor qualidade de vida, de forma que eles possam ter controle sobre a sua saúde, tenham capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (MINGHELLI, 2012). O quadro 14 destaca alguns fatores de risco associados à condição de saúde e ações de manejo.

7.10.17. Ações para o Manejo dos Fatores de Risco Associados à Obesidade

Quadro 14 – Ações para o Manejo dos Fatores de Risco Associados à Obesidade

Ações para Manejo dos Fatores de Risco Associados à Obesidade				
Cuidados Profissionais	Fator de Risco Associado	Ação	Profissional Responsável	Protocolo Clínico
	Hábitos alimentares inadequados	Orientações sobre alimentação saudável	Qualquer profissional de saúde de nível superior qualificado	Guia Alimentar para a População Brasileira; Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira – Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade – vol 2.
	Hábitos alimentares inadequados	Manejo individual	Médico/a Enfermeiro/a Nutricionista Psicólogo Profissional de educação física	Guia Alimentar para a População Brasileira; PCDT – Sobrepeso e Obesidade em Adultos; Instrutivo de Abordagem Individual para manejo da obesidade no SUS.

	Hábitos alimentares inadequados	Realizar o apoio clínico-assistencial e o suporte técnico-pedagógico aos outros profissionais da equipe	Nutricionista	PCDT – Sobrepeso e Obesidade em Adultos; Instrutivo de Abordagem Individual para manejo da obesidade no SUS.
	Hábitos alimentares inadequados	Realizar atividades coletivas	Médico/a Enfermeiro/a Nutricionista Psicólogo/ Profissional de educação física e demais categorias presentes	Guia Alimentar para a População Brasileira; Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS.
	Sedentarismo e Inatividade Física	Orientações gerais sobre atividade física	Qualquer profissional de saúde de nível superior qualificado	Guia de Atividade Física para a População Brasileira.
	Sedentarismo e Inatividade Física	Prescrição de atividades físicas	Educador Físico/ Fisioterapeuta	PCDT – Sobrepeso e Obesidade em Adultos; Guia de Atividade Física para a População Brasileira.
	Sedentarismo e Inatividade Física	Realizar o apoio clínico-assistencial e o suporte técnico-pedagógico aos outros profissionais da equipe	Educador Físico e Fisioterapeuta	Guia de Atividade Física para a População Brasileira; PCDT – Sobrepeso e Obesidade em Adultos.
	Sedentarismo e Inatividade Física	Desenvolvimento ou apoio nas ações de atividade física, de preferência com orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta	Profissional de nível superior capacitado	Guia de Atividade Física para a População Brasileira; PCDT – Sobrepeso e Obesidade em Adultos.
	Sedentarismo e Inatividade Física	Realização da prática de exercícios físicos	Educador Físico e Fisioterapeuta	Guia de Atividade Física para a População Brasileira; PCDT – Sobrepeso e Obesidade em Adultos.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

7.10.18. Reavaliação do usuário e usuária com sobrepeso ou obesidade em acompanhamento

Para evitar frustrações do usuário e usuária e dos profissionais de saúde é necessário avaliar o tratamento para além da redução do peso, valorizando ganhos que contemplem a saúde integral da pessoa. Os pontos que devem ser valorizados no cuidado da pessoa com obesidade são: a evolução dos estágios de mudança para redução de peso, a melhoria dos resultados dos exames

laboratoriais, as melhorias no padrão alimentar e na prática de atividade física, a melhora na autoestima, no bem-estar, na qualidade de vida e do sono, dentre outros (BRASIL, 2024).

A equipe deve proceder às consultas ou acompanhamentos do usuário e usuária seguindo as seguintes condutas: reavaliar estágio de mudança e grau de autoeficácia; monitorar resultados avaliando metas, mudanças e obstáculos superados; avaliar Plano de Cuidados e incluir novas metas (caso o mesmo tenha sido elaborado e pactuado com o usuário e usuária); reavaliar a continuidade da abordagem Básica ou Intensiva; realizar aconselhamento nutricional, para prática de atividade física e autocuidado; verificar interesse em prosseguir com o acompanhamento individual; discutir o caso na equipe interdisciplinar e, se necessário, encaminhar para outra categoria profissional ou nível de atenção; registrar e monitorar em sistemas de informação.

7.10.19. Acompanhamento farmacoterapêutico na APS

O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico provido durante vários encontros com o usuário ou usuária que tem como objetivo a dispensação, a orientação direcionada ao acesso aos medicamentos; a educação sobre os medicamentos utilizados, guarda e destinação adequada dos vencidos; a promoção da adesão do usuário ou usuária ao tratamento; a otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação; a avaliação da efetividade e da segurança dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessário, com o prescritor e a equipe de saúde e a identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, de interações medicamentosas, de reações adversas, de intoxicações e de riscos associados aos medicamentos (Brasil, 2014). No processo de cuidado, é importante, ainda, a participação do profissional farmacêutico(a) na elaboração e monitoramento do plano de cuidado interdisciplinar.

7.10.20. Cuidado e manutenção da saúde bucal

A obesidade e as doenças bucais mais prevalentes compartilham alguns fatores etiológicos, como a alta frequência de ingestão de alimentos e hábitos alimentares não saudáveis (TRAEBERT et al, 2004). De acordo com Bertolin (2010), os hábitos alimentares relacionados à obesidade podem também determinar uma maior prevalência de cárie dentária já que tanto a quantidade de sacarose ingerida quanto a frequência de ingestão são importantes fatores envolvidos em sua etiologia. Estudos recentes têm ainda sugerido, a relação da obesidade com a saúde bucal, com enfoque para os problemas periodontais, por serem associados à disfunção imunológica e desregulação da resposta inflamatória. As pessoas com obesidade têm risco cerca de 3 vezes maior de desenvolver doenças periodontais (BERTOLIN, 2010). Na pessoa com obesidade, a inflamação associada com a agressão bacteriana, como também a liberação de adipocinas combinadas com a produção de proteínas da fase aguda

pelo fígado, pode resultar na alteração do processo metabólico, com elevação dos níveis de triglicérides e colesterol, resistência à insulina e síndrome metabólica (BASTOS et al., 2005). Essas alterações predisõem o indivíduo com obesidade que tem periodontite às doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 (BERTOLIN, 2010).

Em relação às pessoas submetidas à cirurgia bariátrica é importante considerar que elas podem apresentar mudanças no estilo de vida, principalmente em relação ao consumo de alimentos, passando a se alimentarem mais vezes ao dia, em pequenas porções, o que pode favorecer à formação do biofilme dental. E isso é um fator de risco para a doença cárie dentária e alterações gengivais, se não for realizada uma boa higiene bucal (TINÓS et al., 2021). Ademais, essas pessoas também podem apresentar alterações no fluxo e na composição salivar, no periodonto, na cinemática mastigatória, o que pode levar ao desenvolvimento de lesões de cárie e erosão dentárias. Importante destacar, que dentre as possíveis complicações após a cirurgia bariátrica podem estar os vômitos e refluxos gastroesofágicos recorrentes, que ao atingirem a cavidade bucal podem causar lesões nos tecidos moles (aftas) ou mesmo desgaste dentário (MARSICANO, 2011).

7.10.21. Serviço de Atendimento Domiciliar

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) é indicado para pessoas que necessitam de atenção à saúde e que estejam em situação de restrição ao leito. Pode ocorrer para usuários ou usuárias com dificuldades de deambulação ou com condição clínica que necessita de cuidados frequentes ou procedimentos complexos, ou em situação de vulnerabilidade temporária ou permanente. Nesses casos, a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, assim como em situações que a equipe identifique a necessidade de se aproximar do contexto domiciliar de forma estratégica.

Para sua execução é essencial manter o diálogo e a corresponsabilização de todos os (as) envolvidos/as no tratamento, pois mesmo quando não atuam simultaneamente, os(as) profissionais devem compartilhar as demandas dos usuários e das usuárias e as ações de cuidado em reuniões de equipes e de matriciamento. A sua frequência depende das demandas do usuário e da usuária e da capacidade das equipes. O rodízio entre as diferentes categorias profissionais é uma forma de garantir a atenção necessária sem sobrecarregar um determinado profissional.

O SAD ainda permite contextualizar as ações propostas às condições de vida e ao contexto familiar, promovendo maior vínculo. Devido às suas características é uma estratégia viável apenas na APS. Para o atendimento domiciliar é necessário definir previamente a periodicidade das visitas e da discussão dos casos pelas equipes. É importante contar com profissionais da eSF e/ou equipe multiprofissional; no entanto, a participação do ACS é crucial devido ao seu maior vínculo com a família (BRASIL, 2024).

A responsabilidade e o protagonismo do SAD e do Programa Melhor em Casa (PMeC) com os usuários e usuárias da modalidade AD 3 não excluem a responsabilidade dos serviços da APS com relação à sua população adscrita nem a necessidade de um plano de cuidados compartilhado. Em qualquer forma de atendimento pelas equipes do SAD, será necessário um responsável de referência, podendo ser o próprio usuário e usuária, caso aprovado pela equipe. A presença de cuidador será obrigatória nos casos de usuários e usuárias em situações de vulnerabilidade ou dependentes funcionalmente para realização de atividades cotidianas básicas. O PMeC complementa os cuidados realizados na APS e nos serviços de urgência, substitutivos ou complementares à internação hospitalar, estabelecendo regras para o gerenciamento e a operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), (BRASIL, 2024).

(Para saber mais consulte: 18. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Atualiza as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC) - Quadro 34).

7.10.22. Gestão de Riscos Relacionados à Condição de Saúde

As condições agudas, bem como as agudizações das condições crônicas e as condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda, constituem os eventos agudos. Apesar de serem três condições distintas, a forma de organização da APS para responder aos eventos agudos é a mesma e deve considerar também o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores, com encaminhamento adequado para os serviços de urgência (MENDES, 2019). O primeiro passo para a organização da atenção aos eventos agudos é a identificação e a diferenciação entre condições agudas e condições crônicas. As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente, possuem duração curta, diagnóstico e prognóstico usualmente precisos, permitem intervenção usualmente efetiva, centrada no profissional de saúde, no cuidado médico, cujo desfecho é a cura. Já as condições crônicas são de manifestação gradual, duração longa, diagnóstico e prognóstico usualmente incertos, intervenção com algum grau de incerteza e centradas no autocuidado apoiado, ampla participação da equipe multiprofissional, interdisciplinar e os conhecimentos e ações clínicas são compartilhados entre usuários e usuárias e equipes de saúde, cujo desfecho leva ao cuidado (SAÚDE EM REDE, 2019).

Diante disso, as UAPS podem se organizar segundo a atenção espontânea (eventos agudos):

- 1. Emergência/Urgências** - escuta inicial da demanda, atendimento imediato, com classificação de risco; realização dos primeiros cuidados; realização do suporte adequado e transferência de forma segura;
- 2. Não Urgentes:** avaliação da queixa, atendimento imediato; agendamento de

consulta; encaminhamento para outro ponto de atenção.

Já as condições crônicas permitem a atenção programada, destinada a atendimentos e consultas agendadas, em cada turno de atendimento. Os atendimentos programados são calculados a partir dos parâmetros estabelecidos na Planilha de Programação Assistencial e com base nos dados do diagnóstico e cadastramento das famílias residentes no território. A organização do atendimento se dará de acordo com a estratificação e por patologias de maior relevância como cardiocirculatórias, diabetes, entre outras.

7.10.23. Monitoramento e avaliação das intervenções/ações clínicas implementadas

A planilha de programação local ou assistencial é um instrumento de trabalho das equipes de saúde, devendo ser elaborada conjuntamente por todos os profissionais. Pode ser consolidada por unidade de saúde, regional/-distrito ou município, possibilitando o planejamento ascendente. A programação é definida com o prazo de 1 (um) ano, devendo ser revisada após 6 (seis) meses e monitorada mensalmente. Pode ser avaliada a partir da **definição de indicadores** que expressem: o número absoluto de usuários e usuárias esperados pelo parâmetro populacional naquela área de abrangência e o número de usuários e usuárias efetivamente cadastrados, metas de acompanhamento dos usuários e usuárias, carga horária da equipe necessária para o atendimento programado; distribuição da carga horária semanal dos profissionais para as várias atividades de atendimento programado ou atendimento espontâneo e de educação permanente e gestão; atendimento médio semanal por condição de saúde; número de usuários e usuárias de alto e muito alto risco a ser encaminhado para a AAE; quantitativo de exames laboratoriais, gráficos e de imagem necessários para o acompanhamento dos usuários e usuárias programados; atendimento programado.

7.10.24. Iniciativas para mudança de comportamento

No cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade no SUS, considera-se fundamental compreender o estágio de mudança em que ela se encontra, visando delinear ações efetivas, individuais e coletivas, e promover a adesão às propostas terapêuticas. Com base na classificação dos estágios de mudança (Quadro 3 – Modelo Transteórico), os usuários ou usuárias com sobrepeso ou obesidade poderão ser direcionados para grupos planejados para atender às suas necessidades (BRASIL, 2021). O quadro 15 – Traz iniciativas para mudanças de comportamento e, também, estratégias de suporte ao cuidado proposto pelo MACC e respectivas proposições práticas a serem utilizadas pelas equipes de saúde no cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade.

Quadro 15 – Iniciativas para mudanças de comportamento

Iniciativas para mudanças de comportamento		
Ações de educação permanente para profissionais de saúde	Desenvolver e implementar, pela Gestão, processos e ações de educação permanente para os profissionais das equipes de saúde, de forma contínua e horizontal, tomando como base a realidade do trabalho na Atenção Primária à Saúde e incentivar a qualificação dos seus profissionais para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, com base nos manuais, instrutivos, guias e protocolos do Ministério da Saúde.	
Desenvolver, com apoio da gestão, ações de educação em saúde e mobilização social	Desenvolver ações, incentivando a participação popular, com a temática da promoção da atividade física e/ou alimentação adequada e saudável, dentre outras relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da obesidade; Realizar campanhas de comunicação em saúde.	
Ações a serem implementadas pelos profissionais das equipes de saúde	◦ Realizar aconselhamento nutricional e de atividade física; ◦ Orientar sobre o uso correto dos medicamentos, incluindo posologia, horários de administração, interações medicamentosas e possíveis efeitos colaterais; bem como sobre a guarda e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados à terapêutica (Brasil, 2014). ◦ Orientar sobre a realização adequada de higiene bucal para a prevenção de cárie e doenças periodontais e sobre as relações entre a obesidade e essas doenças; ◦ Construir, com o usuário/usuária, o plano de cuidados, com metas realistas de tratamento; ◦ Implementar o Autocuidado Apoiado para manutenção e recuperação do peso saudável; ◦ Acompanhar e monitorar a evolução do usuário e usuária para aprimorar o plano de cuidados; ◦ Realizar o Suporte Psicológico ◦ Sensibilizar o usuário e usuária quanto a importância da adesão ao tratamento e da realização de acompanhamento regular junto a equipe de saúde;	
Estratégias de suporte ao cuidado proposto pelo MACC e respectivas proposições práticas a serem utilizadas pelas equipes de saúde no cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade		
Estratégias	Definição	Proposição de ações práticas
Empoderamento	Processo pelo qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e os determinantes sociais de saúde.	Motivar a participação ativa do usuário e usuária nas ações de saúde. Incentivar a reflexão crítica sobre as práticas de saúde. Promover encontros participativos e compreensíveis. Promover diálogo, comunicação e intercâmbio de informações e experiências por meio de estratégias educativas participativas, tais como roda de conversa, oficina etc.

Atenção centrada na pessoa	Baseia-se no empoderamento do usuário e usuária para o cuidado; no compartilhamento de responsabilidades e poder entre equipe de saúde e usuário e usuária; no apoio à autonomia e individualidade do usuário e usuária.	Estabelecer agenda comum entre profissional e usuário e usuária. Compartilhar informações. Praticar a decisão compartilhada.
Corresponsabilização	Responsabilidade compartilhada do cuidado entre diferentes categorias profissionais, usuário e usuária e sua rede sociofamiliar.	Compartilhar decisões e responsabilidades. Incluir o usuário e usuária e sua rede sociofamiliar no cuidado. Promover a interdisciplinaridade do cuidado, abrangendo as diferentes especialidades.
Autocuidado apoiado	Gestão colaborativa do cuidado, na qual profissionais de saúde deixam de ser prescritores para serem parceiros dos usuáries ou usuárias.	Avaliar o estado de saúde e informar ao usuário. Avaliar o estágio de prontidão para mudança (Modelo Transteórico). Realizar o aconselhamento em saúde. Elaborar, com o usuário ou usuária, o plano de cuidados. Realizar o monitoramento e reavaliação do plano de cuidados.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

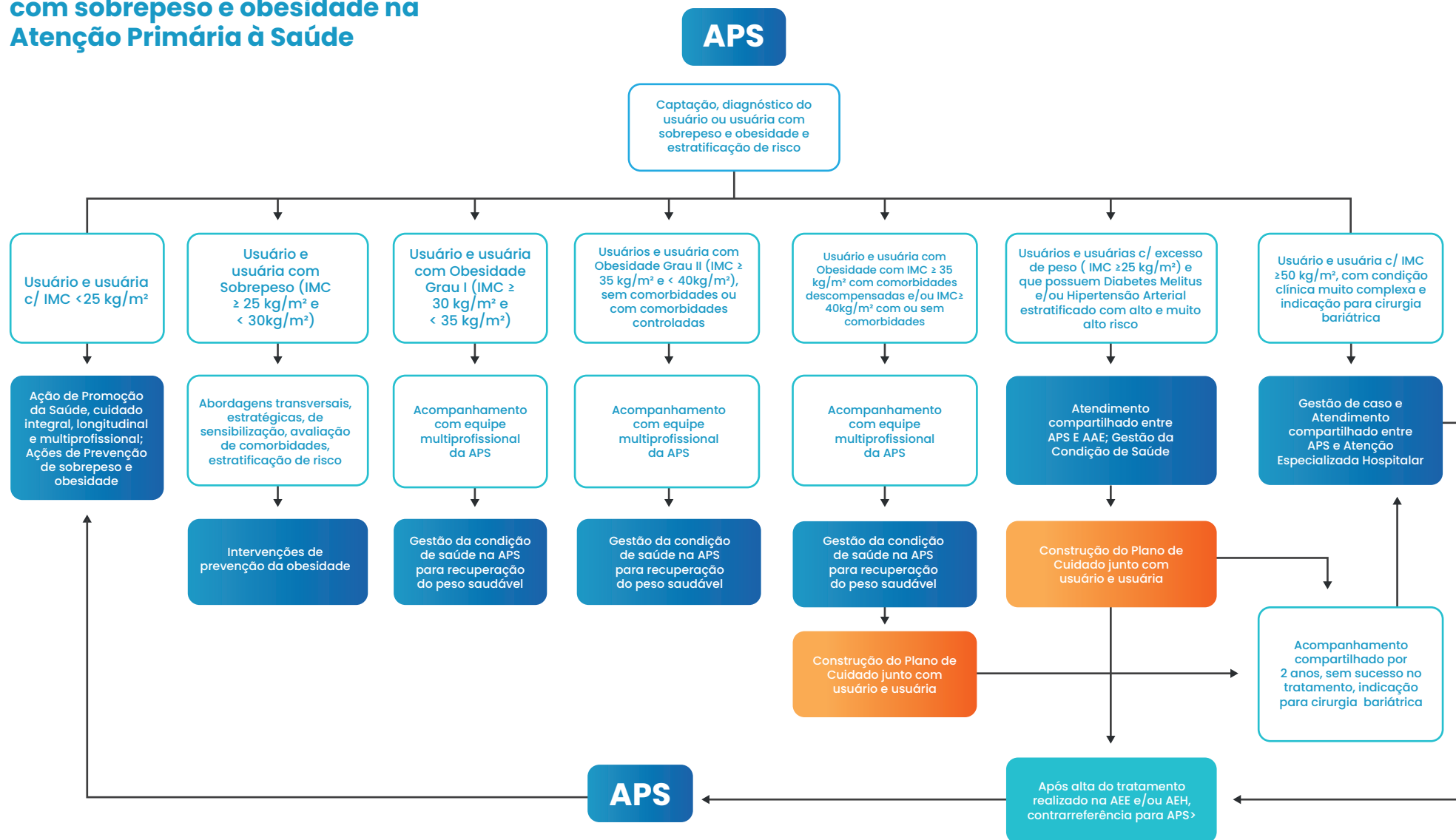
7.10.25. Ações para promover a literacia em saúde da população

Uma das principais estratégias inerentes a qualquer programa de promoção da saúde e de prevenção de doenças **passa pela educação para a saúde** (Santos, 2010). Assim sendo, a necessidade de aumento da literacia em saúde nas comunidades tem sido, nas últimas décadas, uma preocupação regular na definição de políticas de saúde. O conceito de literacia em saúde é atualmente entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas (tais como a escolha da unidade ou serviço de saúde onde procurar ajuda terapêutica, adoção de estilos de vida saudável, ou na adoção de um papel ativo relativamente aos determinantes sociais da saúde).

A aquisição de literacia em saúde depende, contudo, da complexidade

da informação sobre saúde fornecida aos usuários e usuárias (LOPES et al., 2019). Uma das ferramentas vitais e imprescindíveis na nossa prática, enquanto profissionais de saúde, é a existência de uma comunicação eficaz e funcional, quer na relação intra-equipe multiprofissional quer na relação profissional de saúde-usuário ou usuária. A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do usuário ou usuária, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde. Realça-se a importância de instituir e implementar diversas estratégias que promovam a segurança no comunicar de forma clara e efetiva na relação que o profissional de saúde estabelece com os usuários ou usuárias, nomeadamente: cumprimentá-los(as) de forma cordial; receber as pessoas com um sorriso de boas-vindas e manter uma atitude amigável ao longo da consulta; estabelecer um contato visual apropriado durante a interação, tendo em consideração as culturas, costumes e crenças; escutar atentamente e tentar não interromper as pessoas enquanto falam; prestar atenção e responder às dúvidas e questões colocadas; usar linguagem simples, utilizando palavras comuns que poderiam ser usadas para explicar informação médica aos amigos e à família; ser específico e concreto, evitando o uso de termos vagos e subjetivos que podem ser interpretados de diferentes formas; mostrar gráficos, desenhar figuras, usar ilustrações (LOPES, 2019).

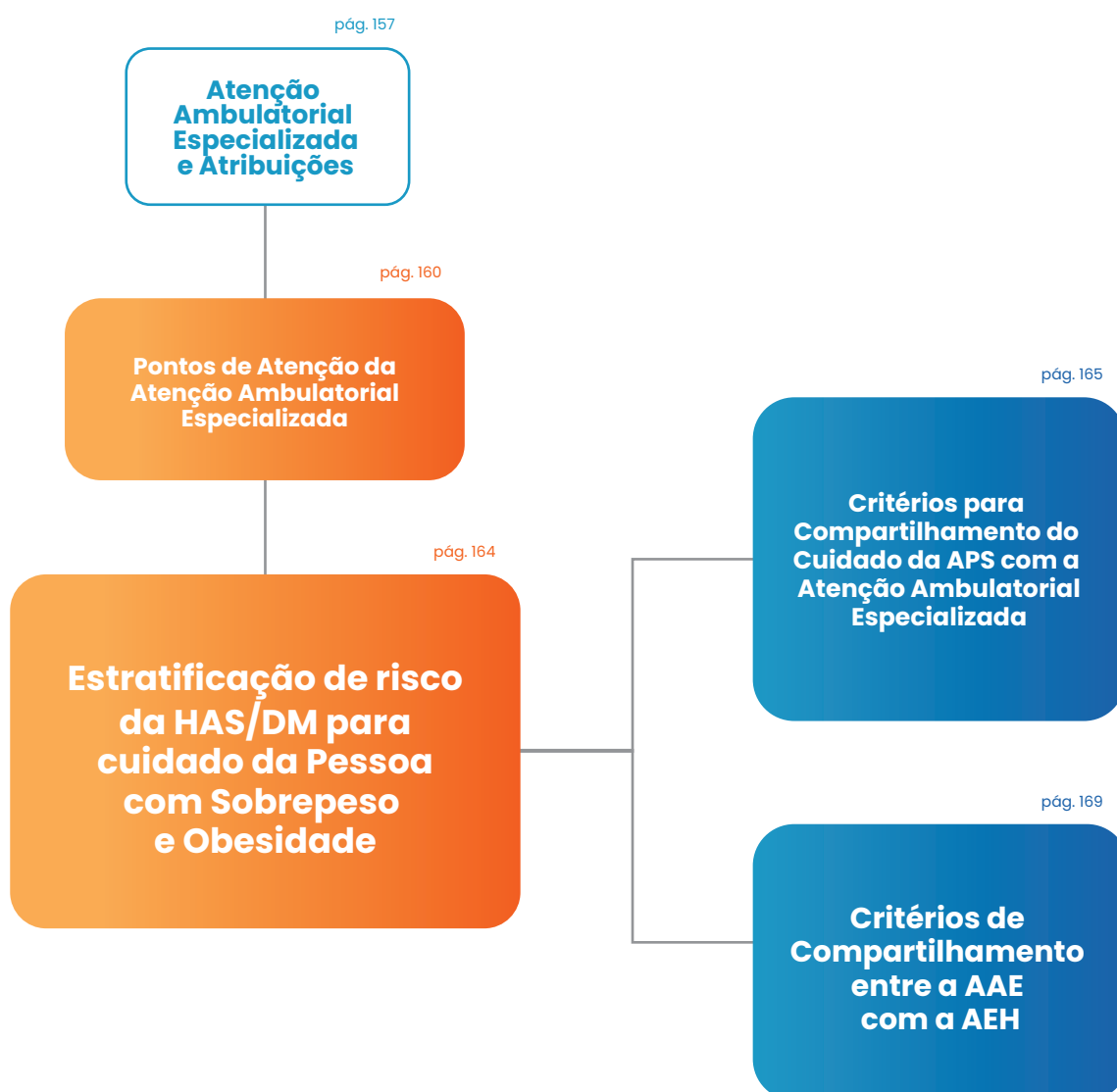
7.10.26. Fluxo de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Adaptado de Rondônia, 2024; Elaboração SES-MG/2025



8. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA



A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) refere-se ao conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde que possuem uma maior densidade tecnológica do que aqueles fornecidos pela APS. Esse nível de atenção é caracterizado pelo atendimento de condições que exigem avaliação, diagnóstico e tratamento por profissionais especialistas, como endocrinologistas, cardiologistas, neurologistas, psicólogos, nutricionistas, entre outros. As situações tratadas geralmente são mais complexas e com comorbidades associadas, como doenças crônicas (ex: diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica de alto risco), patologias graves ou que exigem acompanhamento detalhado. Além disso, podem ser realizados ajustes no tratamento medicamentoso, monitoramento de condições clínicas específicas e terapias avançadas.

A AAE deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) e escopo para assegurar tanto a relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada. Além disso, para a operacionalização adequada dessa oferta, considera-se a APS como ordenadora da demanda compartilhada com a AAE. A avaliação inicial da AAE inclui a confirmação diagnóstica, a presença de comorbidades ou uso de medicações que possam interferir no peso corporal, avaliação de risco cardiovascular (identificação de fatores de risco/circunferência da cintura) e complicações decorrentes do excesso de peso, como restrição da mobilidade e repercussões na saúde mental.

Além disso, o cuidado ambulatorial especializado multiprofissional deverá ser ofertado aos indivíduos, de modo articulado e integrado com o atendimento da APS, com a abordagem de saúde centrada nas necessidades específicas do usuário e usuária com o objetivo de reduzir complicações evitáveis e consequentemente contribuir para melhora da qualidade de vida.

8.1. Atribuições dos Serviços de Atenção Ambulatorial Especializada:

- a) compor a RAS de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Linha de Cuidado para Pessoas com Sobrepeso e Obesidade e prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional de forma compartilhada com a APS, de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas e detalhadas nessa Linha de Cuidado;
- b) prover ações de matriciamento e capacitação das equipes da APS;
- c) apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado;
- d) garantir a integralidade do cuidado às pessoas com obesidade;
- e) acolher o encaminhamento regulado de pessoas com obesidade provenien-

tes da APS ou AAE para fins de tratamento.

f) confirmar o diagnóstico, atualizar o Plano de Cuidados compartilhado pela APS de forma a assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT);

g) reavaliar periodicamente as pessoas com obesidade;

h) realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com obesidade segundo os PCDT instituídos;

i) encaminhar os usuários e usuárias para a Atenção Especializada Hospitalar caso necessário;

j) utilizar ferramentas de telessaúde para qualificar a atenção prestada, como o serviço de teleconsultoria, para esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos e ações de saúde dos profissionais da APS;

k) encaminhar os usuários e usuárias para a APS e para os demais serviços da RAS para a continuidade do seguimento clínico, estabelecendo diretrizes para o cuidado compartilhado e realizando o matriciamento da equipe, caso necessário;

l) garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com obesidade, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial de acordo com as necessidades de cuidado aos usuários e usuárias com obesidade;

m) utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com obesidade, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais;

n) submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal e Estadual, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

o) registrar os atendimentos e procedimentos realizados nos sistemas de informação vigentes.

8.2. Equipe Multiprofissional

A equipe multiprofissional vinculada aos CEAE e pontos da Ampliação da

Média Complexidade, que de acordo com os critérios de elegibilidade assistencial desses serviços atendem os casos específicos de sobrepeso e obesidade já mencionados, possuem as seguintes atribuições:

- a) estabelecer junto com toda a equipe estratégias que possam fortalecer a adesão do usuário e usuária ao serviço;
- b) promover o matriciamento das equipes da APS quanto à assistência à saúde dos usuários e usuárias (interconsultas, discussões de casos, educação permanente e intervenções no território com o objetivo de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado do usuário e usuária);
- c) discutir/capacitar com a APS sobre os critérios de encaminhamento para a AAE;
- d) desenvolver ações, com a equipe da APS, enfatizando os determinantes sociais que interferem na saúde dos usuários e usuárias assistidos na atenção especializada;
- e) realizar atendimento dos usuários e usuárias com intervenções apropriadas e efetivas com tomada de decisão determinada independente do período de acompanhamento e compartilhamento do plano de cuidados com a APS;
- f) realizar consultas de acordo com a competência da sua categoria profissional lidando com o problema de saúde em suas diversas dimensões físicas, psicológicas, sociais, culturais e existenciais estimulando a adesão do usuário ou usuária ao tratamento e ao autocuidado;
- g) atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais buscando o desenvolvimento profissional e a qualificação da assistência prestada à pessoa com obesidade, o que inclui qualificações relacionados ao combate ao estigma, discriminação e capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território;
- h) realizar e garantir a integralidade das ações conforme a necessidade de saúde da população alvo;
- i) realizar ações clínicas de atenção integral previstas nos protocolos existentes;
- j) realizar atendimento dos usuários e usuárias de risco de acordo com os critérios de encaminhamento definidos pela SES/MG na modalidade interdisciplinar de atenção contínua.

Evidencia-se que a equipe multidisciplinar vinculada à AAE deve traba-

lhar em articulação com a rede no território de modo a contribuir para que o planejamento e acompanhamento do tratamento sejam mais assertivos. Assim, o trabalho da equipe deve ocorrer de forma integrada buscando fortalecer as estratégias do autocuidado apoiado.

Segundo o Ministério da Saúde, a equipe multidisciplinar sugerida para o cuidado na atenção ambulatorial especializada no cuidado ao sobrepeso e obesidade é composta por: assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico cardiologista, médico endocrinologista, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo.

Nessa lógica, o território deverá organizar os fluxos de encaminhamento considerando o escopo assistencial e a estrutura dos CEAE e pontos da Ampliação da Média Complexidade além dos demais pontos da rede, conforme a necessidade clínica dos usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade em acompanhamento especializado.

O estabelecimento de saúde deverá dispor de infraestrutura física e equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade tais como: salas amplas; rampas de acesso; balanças adequadas (com capacidade superior a 200kg), estadiômetro, fita métrica, esfigmomanômetro adequado às pessoas com obesidade, estetoscópio e outros equipamentos para exame clínico; cadeiras adequadas nas salas de espera, macas e cadeiras ginecológicas e odontológicas adequadas (BRASIL, 2021).

8.3. Pontos de Atenção da Atenção Ambulatorial Especializada em Minas Gerais

No âmbito da SES/MG, a organização da AAE está centrada no apoio à estruturação de pontos de atenção de abrangência regional para prover atendimento especializado aos usuários e usuárias de risco elevado. Esse modelo está ancorado em critérios de acesso em linhas de cuidado definidas e regulamentadas além de possuir a APS como porta de entrada e eixo ordenador do cuidado.

Neste contexto proposto, estão inseridos os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) que são regulamentados pela Resolução SES/MG nº 6.946, de 04 de dezembro de 2019 e suas alterações. Ademais, há a Política de Ampliação da Média Complexidade cujas regulamentações vigentes são a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.992, de 09 de dezembro de 2022, e suas alterações, bem como a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.993, de 09 de dezembro de 2022, e suas alterações.

Evidencia-se, que em ambas as estratégias, as diretrizes que balizam os macroprocessos de trabalho da APS e da AAE estão ancoradas no MACC que se baseia em três pilares: a estratificação de risco, a estabilização da condição crônica e o autocuidado apoiado. Para que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) possa ser resolutive, é essencial que sua organização seja pautada em um modelo de atenção à saúde adequado, integrado e contínuo que antecipe as necessidades da população (BRASIL, 2021).

No tocante à gestão do cuidado, é premissa tanto do CEAE quanto da Política da Ampliação da Média Complexidade realizar ações de matriciamento e capacitação das equipes da APS, prover o acompanhamento dos usuários e usuárias por equipe multiprofissional e elaborar/atualizar um Plano de Cuidados Individual para compartilhamento com a APS. Tais ações contribuem para a construção de vínculos entre a AAE e APS, qualificação da assistência e redução do absenteísmo por meio da maior integração acerca dos processos de trabalho, tais como agendamento, critérios de acesso e carteira de serviços.

O acesso dos usuários e usuárias é realizado a partir das ações de identificação, estratificação de risco e referenciamento que é realizado pela APS de cada município subsidiada pelas normativas e notas técnicas definidas pelo estado.

Os pontos de atenção ambulatoriais especializados inseridos em ambas as políticas estaduais contam com equipe multiprofissional que ofertam consultas e exames especializados considerados essenciais para assegurar a resolutividade do cuidado na carteira de serviços **das linhas elencadas como prioritárias, sendo: Materno-Infantil, Propedêutica dos Cânceres de Mama e do Colo do Útero, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) de Alto e Muito Alto Risco além da Saúde do Idoso.**

Sobre a Política do CEAE, é importante destacar que os serviços estão organizados para atendimento de usuários e usuárias de alto e muito alto risco, classificados em três categorias, de acordo com o escopo assistencial. As Linhas de HAS e DM de Alto e Muito Alto Risco constam nas seguintes categorias relacionados no Quadro 16 abaixo:

Quadro 16 – Organização dos Serviços do CEAE que contemplam as Linhas de HAS e DM de Alto e Muito Alto Risco

Categorias	Equipes
II - Básica	Ginecologista/obstetra, pediatra, mastologista, cardiologista, endocrinologista, psicólogo, assistente social, enfermeiro (incluindo atendimento para o ambulatório do pé diabético) e farmacêutico.
II - Ampliada (básica + pelo menos uma das especialidades)	Ginecologista/obstetra, pediatra, mastologista, cardiologista, endocrinologista, psicólogo, assistente social, enfermeiro (incluindo atendimento para o ambulatório do pé diabético) e farmacêutico. Além desses profissionais poderá haver a inclusão de pelo menos um dos médicos especialistas para a carteira de HAS e DM de Alto Risco: angiologista, nefrologista e/ou oftalmologista.
III	Ginecologista/obstetra, pediatra, mastologista, cardiologista, endocrinologista, angiologista, nefrologista, oftalmologista, psicólogo, assistente social, enfermeiro (incluindo atendimento para o ambulatório do pé diabético) e farmacêutico.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

Para cada linha de cuidado são ofertados exames considerados essenciais. Para a Linha de Cuidado HAS e DM de alto risco, os exames ofertados estão listados no quadro abaixo:

Quadro 17 – Exames ofertados para Linha de Cuidado HAS e DM de alto risco

Linhas de Cuidado Prioritárias	Exames ofertados
HAS e DM de alto risco	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA); Monitoramento pelo Sistema Holter 24 HS (3 canais); Teste de Esforço / Teste Ergométrico; Retinografia Colorida Binocular; Ecocardiografia Transtorácica; Eletrocardiograma; Fundoscopia; Doppler Manual Vascular Portátil.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

De modo semelhante, os pontos de atenção da Ampliação da Média Complexidade possuem critérios de elegibilidade definidos para assistência e devem contar com uma equipe mínima para assegurar o cuidado multiprofissional. Cada microrregião tem pactuado a oferta assistencial para as carteiras prioritárias conforme escala, escopo e capacidade operacional do território.

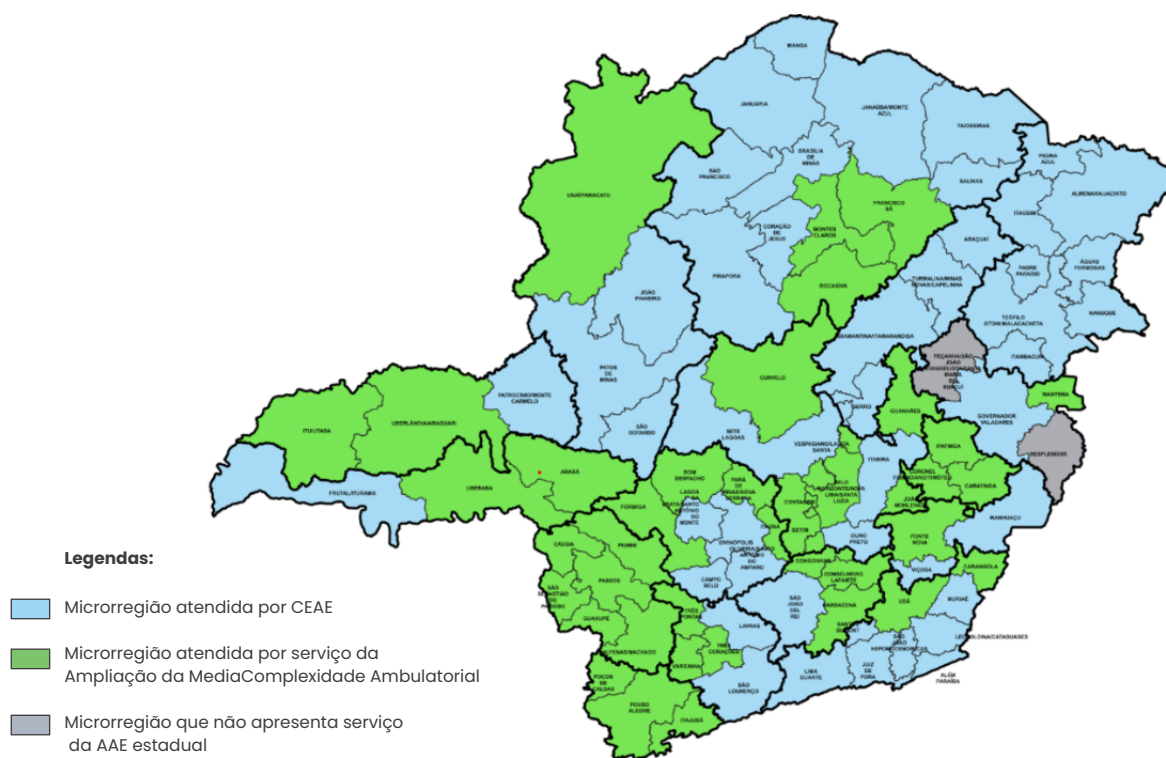
É relevante enfatizar que o atendimento nos serviços contemplados pelas políticas estaduais ocorre por meio de uma assistência multiprofissional – médicos especialistas, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutico (este profissional é específico na linha de HAS e DM de Alto e Muito Alto Risco). Essa equipe oferta consultas e exames especializados considerados essenciais para garantir a resolubilidade assistencial nas linhas de cuidado e assim impactar na redução dos dados de morbimortalidade por complicações evitáveis associadas a esses agravos não transmissíveis.

Para as linhas de cuidados vinculadas ao CEAE e pontos de Atenção da Ampliação da Média Complexidade (AMC), o atendimento médico nas situações que envolvem o sobrepeso e a obesidade é realizado com cardiologista e/ou endocrinologista para acompanhamento da HAS e DM de alto e muito alto risco.

Enfatiza-se que o intuito da SES/MG é o fortalecimento da AAE no Estado de Minas Gerais, visando uma maior integração dos pontos das redes de atenção à saúde, otimização dos recursos existentes com alocação equitativa dos recursos estaduais, além de fomentar a cobertura assistencial especializada nos municípios. Desse modo, tais estratégias foram implementadas para organizar as Redes de Atenção à Saúde no cuidado às condições crônicas, com diretrizes clínicas baseadas em evidências, foco no manejo clínico seguro, qualificação dos processos de atenção à saúde, apoios logístico e gerencial que permitam tempos oportunos de acesso e resolatividade dos serviços.

No contexto atual, somente duas microrregiões estão descobertas de serviços inseridos nessas políticas contínuas estaduais, como pode ser verificado na figura abaixo:

Figura 23 – Serviços de Atenção Ambulatorial Especializada estadual, por microrregião de saúde, em Minas Gerais.



Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

Importante salientar, ainda, que os CEAE e os pontos da Ampliação da Média Complexidade (AMC) não possuem em sua estruturação uma carteira de serviços que possua diretrizes assistenciais destinadas ao tratamento exclusivo de sobrepeso ou obesidade, sem nenhuma comorbidade associada. Entretanto, constam em suas premissas algumas situações de alto e muito alto risco que pode abarcar o atendimento de usuários e usuárias com excesso de peso (sobrepeso e obesidade).

Na linha de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) de Alto e Muito Alto Risco, os usuários e usuárias contemplados devem possuir pelo menos uma das doenças supracitadas e serem estratificadas como alto risco para elas. A estratificação de risco para esses indivíduos deve ser realizada seguindo os seguintes critérios.

8.4. Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica

Quadro 18 – Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica

Risco	Critérios (risco de evento cardiovascular maior – Framingham revisado D’Agostinho et al – e capacidade para o autocuidado.
Alto	· > 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado suficiente e/ou; · LOA identificadas**, com capacidade de autocuidado suficiente. - Em qualquer uma das opções é obrigatória a: · Ausência de condições clínicas associadas. ***
Muito Alto	· > 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou; · LOA identificadas**, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou. · Presença de condições clínicas associadas. ***

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

** Entende-se por lesões de órgãos alvo (LOA): hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, estágio de função renal 3B ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na atenção primária (espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de ateroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 e velocidade de onda de pulso > 12 m/s).

*** Entende-se por condições clínicas associadas: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

8.5. Estratificação de risco de indivíduos com Diabetes Mellitus:

- Tipo 1;
- Tipo 2, nos seguintes casos:
 - Alto e muito alto grau de risco especialmente se em uso de insulina ou se em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinização impossível de ser realizada na atenção primária;
 - Usuário ou usuária recém-diagnosticado + indicação de insulinização (glicemia acima de 300 mg/dl) + insulinização impossível de ser realizada na atenção primária;

- Baixa acuidade visual repentina;
- Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2 com diagnóstico de perda de sensibilidade plantar confirmado e/ou alterações na avaliação vascular dos pés.

8.6. Critérios para Compartilhamento do Cuidado da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada

Conforme mencionado anteriormente, os CEAE e os pontos da Ampliação da Média Complexidade (AMC) não possuem em sua estruturação uma carteira de serviços que possua diretrizes assistenciais destinadas ao tratamento exclusivo de sobrepeso ou obesidade, sem nenhuma comorbidade associada. Diante disso, no SUS de Minas Gerais, o cuidado compartilhado entre a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada dos usuários e usuárias com sobrepeso e obesidade ocorrerá nos CEAE, nos Pontos da AMC e demais pontos da AAE da RAS, de acordo com as recomendações dispostas pela Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) de Alto e Muito Alto Risco, no tempo e com a qualidade adequada para assegurar o monitoramento clínico oportuno, conforme o critério abaixo:

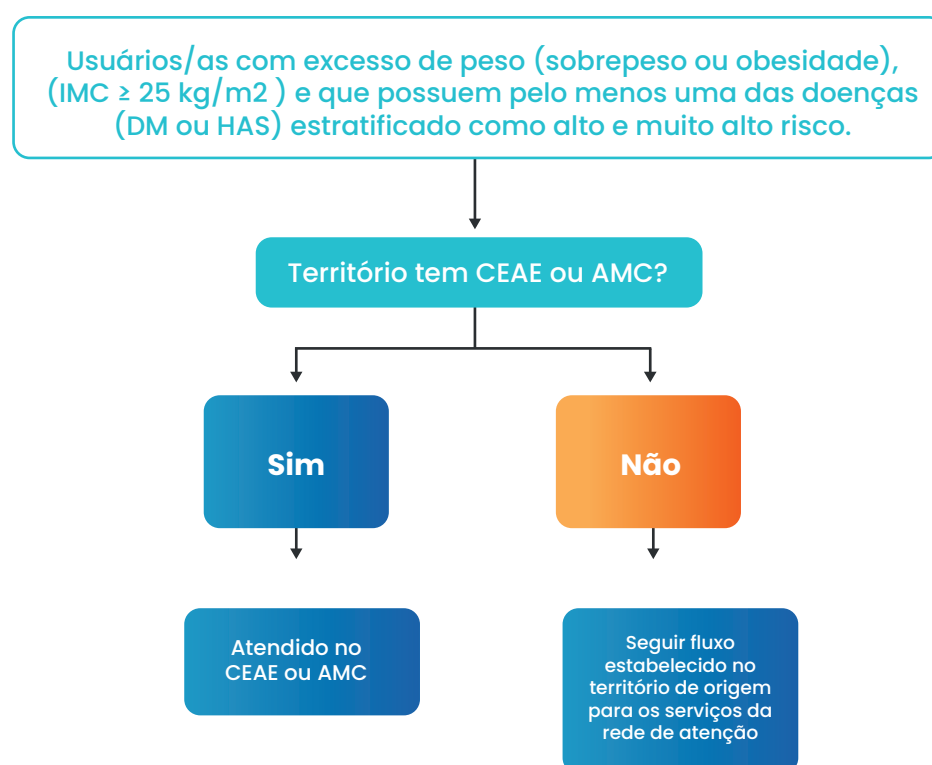
Usuários e usuárias com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), ou seja, com IMC ≥ 25 kg/m², e que possuem pelo menos uma das doenças, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica, estratificada como alto ou muito alto risco.

Ao compartilhar o cuidado desses usuários e usuárias com a AAE, a APS deverá preencher uma Guia de Referência da Atenção Primária contendo minimamente as seguintes informações: identificação do usuário ou usuária, classificação do grau de obesidade, motivo do encaminhamento, descrição da história clínica, cópia dos exames realizados e informações do tratamento e ações realizadas no âmbito da APS.

Cabe destacar que apesar dos critérios de encaminhamento estarem relacionados aos critérios definidos na linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), de Alto e Muito Alto Risco, faz-se necessário que os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado ambulatorial especializado das pessoas com HAS e DM, atuem também, nas questões relacionadas ao cuidado da condição sobrepeso e obesidade, nos CEAE, pontos de Ampliação da Média Complexidade e demais pontos da AAE da RAS.

8.7. Fluxograma para atendimento do usuário e usuária com sobrepeso e obesidade na Atenção Ambulatorial Especializada

Figura 24 – Fluxo do atendimento do usuário e usuária com excesso de peso na Atenção Ambulatorial Especializada.



Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

8.8. Parâmetros Assistenciais conforme linhas de cuidado prioritárias dos CEAE e pontos de Atenção da Política da Ampliação da Média Complexidade

Quadro 19 – Parâmetros de consulta das Linhas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) de alto e muito alto risco.

PARÂMETROS CONSULTAS HAS/DM DE ALTO E MUITO ALTO RISCO	
Consulta Cardiologia	
HAS de alto Risco	3 procedimentos / ano
HAS de muito alto Risco	4 procedimentos / ano
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / ano
Consulta Endocrinologia	
DM de alto Risco	3 procedimentos / ano
DM de muito alto Risco	4 procedimentos / ano
Consulta Angiologia	
HAS de alto e muito alto risco	1 procedimento / ano
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / ano
Consulta Enfermagem	
HAS e DM de alto Risco	3 procedimentos / ano
HAS e DM de muito alto Risco	4 procedimentos / ano
Consulta Nutrição	
HAS de alto Risco e muito alto risco	2 procedimentos / ano
DM de alto Risco	3 procedimentos / ano
DM de muito alto Risco	4 procedimentos / ano
Consulta Psicologia	
HAS e DM de alto Risco	3 procedimentos / ano
HAS e DM de muito alto Risco	4 procedimentos / ano
Consulta Serviço Social	
HAS e DM de alto Risco	1 procedimento / ano
HAS e DM de muito alto Risco	2 procedimentos / ano
Consulta Farmácia	
HAS e DM de alto Risco	2 procedimentos / ano
HAS e DM de muito alto Risco	4 procedimentos / ano

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

Quadro 20 – Parâmetros de Exame das Linhas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) de alto e muito alto risco.

PARÂMETROS PROCEDIMENTOS HAS/DM DE ALTO E MUITO ALTO RISCO	
MAPA	
HAS de alto e muito alto risco	1 procedimento / 2 anos
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / 4 anos
Holter	
HAS de alto e muito alto risco	1 procedimento / 4 anos
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / 5 anos
Eletrocardiograma	
HAS de alto e muito alto risco	2 procedimentos / ano
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / ano
Teste de Esforço	
HAS de alto e muito alto risco	1 procedimento / 2 anos
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / 4 anos para 75% dos usuários e usuárias
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / 2 anos para 25% dos usuários e usuárias
Ecocardiograma	
HAS de alto e muito alto risco	1 procedimento / 2 anos
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / 5 anos para 75% dos usuários e usuárias
DM de alto e muito alto risco	1 procedimento / 2 anos para 25% dos usuários e usuárias

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

8.9. Acompanhamento Farmacoterapêutico na AAE

Assim como no nível primário de assistência à saúde, o acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico provido durante vários encontros com o usuário e usuária. No processo de cuidado, identificam-se problemas relacionados a medicamentos e resultados negativos da farmacoterapia, analisando suas causas e fazendo intervenções documentadas, no sentido de resolvê-las ou preveni-las. A principal diferença deste serviço em relação aos demais consiste na elaboração conjunta de um plano de cuidado com o usuário e usuária e na perspectiva da continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico (PSA, 2011; UNITED KINGDOM, 2005).

Dentre os serviços farmacêuticos clínico-assistenciais que podem ser ofertados no nível de atenção especializado, existem o "Rastreamento em Saúde", "Educação em Saúde" com foco no uso correto de medicamentos, "Dispensação" orientada, "Manejo de Problemas de Saúde autolimitados", "Conciliação de Medicamentos", "Revisão da Farmacoterapia e" Acompanhamento Farmacoterapêutico), que são sistematizados com alguns potenciais critérios:

Usuários e usuárias com problemas de adesão aos medicamentos, por qualquer motivo;

Usuários e usuárias que deixaram de adquirir qualquer um dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou dificuldade de acesso;

Usuários e usuárias que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes, todos os meses, a fim de adquirir seu tratamento completo;

Usuários e usuárias que foram internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos seis meses (quanto maior o número de admissões, maior o risco);

Usuários e usuárias que possuem prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano (quanto maior o número de médicos diferentes, maior o risco);

Usuários e usuárias que tratam várias doenças ou problemas de saúde simultaneamente com medicamentos (quanto maior o número de diagnósticos, maior o risco).

8.10. Gestão do Cuidado Compartilhado

8.10.1. Critérios de Compartilhamento entre a AAE com a AEH

Critérios de Compartilhamento do Cuidado com a AEH
Checklist Geral
Usuários e usuárias com IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas e/ou IMC $\geq 40\text{ kg/m}^2$, que possuem DM e/ou HAS e estratificado como alto e muito alto risco, que não tiveram sucesso no tratamento após dois anos de acompanhamento compartilhado entre APS e AAE.

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.



9. ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR

pág. 171

**Atribuições
da Atenção
Especializada
Hospitalar**

pág. 172

**Grade de Referências/Serviços
Habilitados em Assistência de
Alta Complexidade ao Indivíduo
com Obesidade**

pág. 174

**Programação
Assistencial
da AEH**

pág. 179

**Intervenções
Clínicas e Gestão
da Condição de
Saúde**

pág. 179

**Cirurgia
bariátrica**

pág. 185

**Gestão do
Cuidado
Compartilhado**

**Cirurgia
plástica
reparadora**

pág. 182

pág. 187

**Iniciativas para
mudanças de
comportamento**

pág. 188

**Subcomponente
Urgência e
Emergência**

As ações da Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade contemplam atribuições aos componentes da APS, da Atenção Ambulatorial Especializada (Subcomponente Ambulatorial Especializado; Subcomponente Hospitalar; e Subcomponente Urgência e Emergência), dos sistemas de apoio e logísticos e do sistema de regulação.

A Atenção Ambulatorial Especializada, subcomponente Hospitalar é composta por unidades hospitalares especializadas, habilitadas como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Usuário e usuária Portador de Obesidade Grave. Os estabelecimentos com Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade grave são os hospitais que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade (BRASIL, 2013).

Destaca-se a premência desses serviços possuírem infraestrutura física e equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com sobrepeso e obesidade tais como: salas amplas; rampas de acesso; balanças adequadas (com capacidade superior a 200kg), estadiômetro, fita métrica, macas e cadeiras nas salas de espera adequadas, esfigmomanômetro adequado às pessoas com obesidade, estetoscópio e outros equipamentos para exame clínico adequados a esse público.

9.1. Atribuições da Atenção Especializada Hospitalar

No contexto da assistência aos indivíduos com Obesidade, a Atenção Especializada Hospitalar possui as seguintes atribuições:

- a) realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
- b) realizar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários e usuárias com indicação de procedimento cirúrgico da obesidade;
- c) realizar tratamento cirúrgico da obesidade;
- d) realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade;
- e) registrar os atendimentos e procedimentos realizados nos sistemas de informação vigentes;
- f) garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória por 18 meses aos usuários e usuárias que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
- g) organizar o retorno dos usuários e usuárias que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Primária à Saúde;
- h) no processo de educação permanente desenvolver ações, de forma

contínua e horizontal, com foco no combate ao estigma, discriminação e capacitismo e superação de barreiras encontradas pelas pessoas com sobrepeso e obesidade e outros segmentos de maior vulnerabilidade no território;

i) realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Primária à Saúde e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários e usuárias que estão em acompanhamento.

9.2. Grade de Referências/Serviços Habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

A Atenção Especializada Hospitalar (AEH) para indivíduos com obesidade é realizada pelos serviços habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento dessa população.

Em 2025, das 16 macrorregiões do estado, 08 contam com serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devidamente habilitados. Diante desse cenário e considerando os princípios da regionalização e da equidade no acesso à saúde, torna-se essencial o planejamento estratégico para a ampliação da habilitação desses serviços nas demais regiões. A relação dos serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, distribuídos geograficamente, estão no Anexo XX.

O estado de Minas Gerais possui 14 (quatorze) serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, distribuídos geograficamente conforme tabela e figura a seguir.

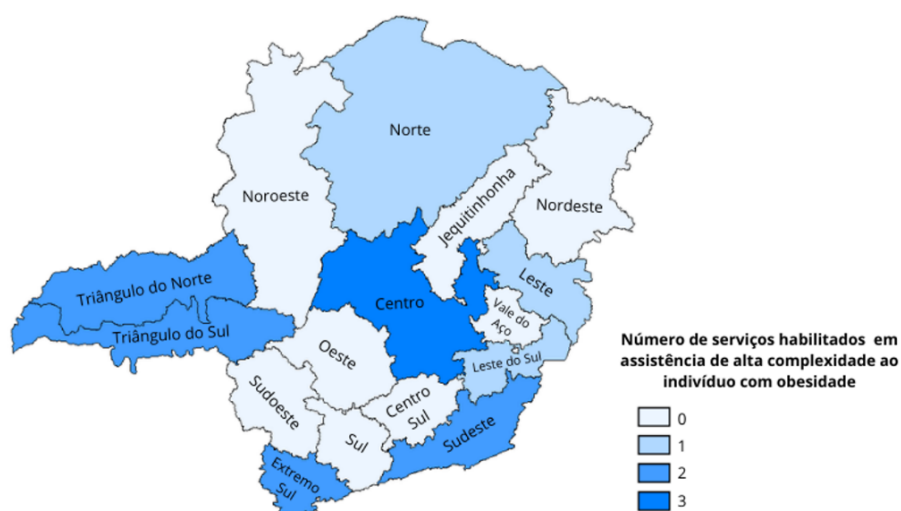
Quadro 21 – Relação de serviços que possuem habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade em Minas Gerais.

Macrorregião de Saúde	Microrregião de Saúde	Município	Estabelecimento
Centro	Belo Horizonte/Nova Lima/Santa Luzia	Belo Horizonte	Santa Casa de Belo Horizonte
Centro	Belo Horizonte/Nova Lima/Santa Luzia	Belo Horizonte	Complexo Hospitalar São Francisco
Centro	Belo Horizonte/Nova Lima/Santa Luzia	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – Ebserh
Extremo Sul	Itajubá	Itajubá	AISI Hospital de Clínicas de Itajubá

Extremo Sul	Poços de Caldas	Poços De Caldas	Santa Casa de Poços de Caldas
Leste do Sul	Viçosa	Viçosa	Hospital São Sebastiao
Leste	Governador Valadares	Governador Valadares	Hospital Bom Samaritano
Norte	Montes Claros	Montes Claros	Hospital das Clínicas Doutor Mario Ribeiro da Silveira
Sudeste	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha De Jesus
Sudeste	Muriae	Muriae	Casa de Saúde Santa Lúcia Ltda.
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Araguari	Hospital Universitário Sagrada Família
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	Uberlândia	Hospital de Clínicas de Uberlândia
Triângulo do Sul	Uberaba	Uberaba	Clínicas Integradas Hospital Universitário Mario Palmério
Triângulo do Sul	Uberaba	Uberaba	Hospital de Clínicas da UFTM

Fonte: CNES, 2025.

Figura 25 – Número de serviços habilitados para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, por macrorregião de Saúde de Minas Gerais



Fonte: Elaboração própria SES/MG, 2025.

Os serviços habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem possuir:

Equipe Mínima:

- a) médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo;
- b) nutricionista;
- c) psicólogo ou psiquiatra;
- d) clínico-geral ou endocrinologista

Equipe complementar:

- a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;
- b) Anestesiologista;
- c) Enfermagem;
- d) Assistente Social,
- e) Fisioterapeuta.

Os serviços habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem oferecer atendimento especializado e integral em:

- a) diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico da pessoa com obesidade, evitando atos gordofóbicos, culpabilizadores e estigmatizantes;
- b) atendimento de urgência referida nos casos de comorbidades da obesidade, que funcione nas 24 horas;
- c) atendimento ambulatorial de pessoas com obesidade;
- d) internação hospitalar em leitos apropriados para pessoas com obesidade;
- e) salas de cirurgia equipadas para cirurgias bariátricas de pessoas com obesidade e disponibilidade de estrutura para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;
- f) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias;
- g) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica;
- h) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do usuário e usuária, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

9.3. Programação Assistencial da AEH

Para pleitear a habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, o serviço deve ofertar recursos humanos nas áreas médicas e multiprofissionais, além de infraestrutura, como leitos e equipamentos adaptados para pessoas com obesidade tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas. É necessário ainda, ofertar os procedimentos referentes a cirurgia bariátrica e cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, bem

como os acompanhamentos pré e pós cirúrgico.

O processo de habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve ser enviado ao Ministério da Saúde, através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). Esse processo é composto por documentações como Formulário de vistoria preenchido e assinado pelo respectivo gestor local do SUS; Relatório de vistoria da vigilância sanitária local com parecer conclusivo sobre o a habilitação do serviço; Alvará Sanitário; Pactuação homologada na CIB/SUS MG aprovando a habilitação; planilha de impacto financeiro; Alvará de Funcionamento, Titulação do responsável técnico que deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo.

É de competência do Ministério da Saúde, após análise do processo, publicar a habilitação do serviço no Diário Oficial da União.

Em relação ao financiamento, os procedimentos cirurgia bariátrica, cirurgia plástica reparadoras pós cirurgia bariátrica, acompanhamentos pré e pós cirurgia bariátrica e tratamento de intercorrência pós cirurgia bariátrica, detalhados no Quadro 22, são custeados pelo Ministério da Saúde via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), após apuração da produção, não sendo onerados os limites financeiros da alta complexidade estabelecidos para os municípios.

Os procedimentos cirúrgicos da linha de cuidado da obesidade são usualmente financiados pelo FAEC mas podem, a depender de definição do Ministério da Saúde, fazer parte de estratégias de cirurgias eletivas federais e, nesses casos, o custeio dos mesmos segue os regramentos estabelecidos nas normativas vigentes.

Quadro 22 – Relação de procedimentos financiados via FAEC.

Código	Procedimento cirurgia bariátrica
04.07.01.012-2	Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal
04.07.01.017-3	Gastroplastia c/ derivação intestinal
04.07.01.018-1	Gastroplastia vertical com banda
04.07.01.036-0	Gastrectomia vertical em manga (Sleeve)
04.07.01.038-6	Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia
Códigos	Procedimento cirurgia reparadora pós cirurgia bariátrica
04.13.04.005-4	Dermolipectomia abdominal pós-cirurgia bariátrica
04.13.04.025-9	Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica
04.13.04.006-2	Dermolipectomia braquial pós-cirurgia bariátrica
04.13.04.007-0	Dermolipectomia crural pós-cirurgia bariátrica
04.13.04.008-9	Mamoplastia pós-cirurgia bariátrica
04.15.02.001-8	Procedimentos sequenciais de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia
Código	Procedimento pós-cirurgia bariátrica
03.01.12.005-6	Acompanhamento de usuário e usuária pós-cirurgia bariátrica
04.07.01.037-8	Tratamento de intercorrências cirúrgica pós- cirurgia bariátrica
03.03.07.013-7	Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica
Código	Procedimento pré-cirurgia bariátrica
03.01.12.008-0	Acompanhamento de usuário e usuária pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional

Fonte: SIGTAP, 2024.

No que se refere aos exames, o financiamento é realizado através do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) no qual é transferido pelo Ministério da Saúde de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados e municípios. Alguns exames possuem incremento via FAEC, quando realizados no pré-operatório de indivíduos com obesidade grau II e grau III associada à comorbidades (CID E66.0; E66.2; E66.8; e, E66.9) nos estabelecimentos habilitados (quadro 23).

Quadro 23 – Relação de exames com incremento FAEC.

Código	Procedimento
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia
02.05.02.004-6	Ultra-sonografia de abdômen total
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtoracica
02.05.01.004-0	Ultra-sonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos)
02.11.08.005-5	Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria)

Fonte: SIGTAP, 2024.

A Portaria SAES/MS nº 701/2023 incluiu a habilitação 29.02 – Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas como uma das opções das habilitações exigidas para o processamento dos procedimentos listados.

O Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF), instituído por meio da Portaria GM/MS nº 90, de 3 de Fevereiro de 2023 tem como finalidade ampliar a realização de cirurgias eletivas em todo o país, bem como reduzir a fila de exames e consultas especializadas, ampliando o acesso a esses serviços na Atenção Especializada à Saúde, notadamente as que foram interrompidas em todo o território nacional durante a pandemia da Covid-19.

O PNRF estabelece complementação federal do procedimento principal no valor da Tabela de Procedimentos do SUS. Essa habilitação é de inserção descentralizada, o que significa que o estabelecimento de saúde pode ser habilitado pelo gestor de saúde local, seja a Secretaria de Estado da Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a gestão da unidade.

É importante destacar que os procedimentos listados na Portaria SAES/MS nº 701/2023 se aplicam apenas aos procedimentos que já exigiam alguma outra habilitação para serem realizados. A Portaria GM/MS nº 5820/2024 incorporou o PNRF ao Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), como componente cirurgia.

O rol dos procedimentos vigentes relativos ao PMAE – componente cirurgia está descrito na Portaria SAES/MS Nº 2.324, de 6 de dezembro de 2024.

Quadro 24 – Procedimentos relacionados ao tratamento cirúrgico da obesidade listados e os percentuais de complementação

Código SIGTAP	Descrição	Complementação máxima
407010360	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	100%
407010378	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CIRURGICA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	100%
407010386	CIRURGIA BARIÁTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	100%
407010122	GASTRECTOMIA C/ OU S/ DESVIO DUODENAL	100%
407010173	GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL	100%
407010181	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA	100%
407010360	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	100%
413040054	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL PÓS-CIRURGIA BARIATRICA	100%
413040062	DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	100%
413040070	DERMOLIPECTOMIA CRURAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	100%
413040089	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	100%
13040259	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL PÓS-CIRURGIA BARIATRICA	100%
415020018	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS-CIRURGIA BARIATRICA	0%

Fonte: BRASIL, 2024.

9.4. Parâmetros de Atenção à Saúde na AEH

Quadro 25 – Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas.

Especialidade	Razão médico/100 mil habitantes	Número de habitantes/especialista
Clínico Geral	23,9	4.184
Cardiologista	6,5	15.384
Cirurgião Geral	15,5	6.451
Cirurgião Plástico	2	50.000
Endocrinologista	1,5	66.666
Gastroenterologista (*)	2,5	40.000
Psiquiatra	5,8	17.241
Anestesista	10	10.000
Cirurgião do Aparelho Digestivo	2	50.000

Fonte: BRASIL, 2017.

9.5. Intervenções Clínicas e Gestão da Condição de Saúde

9.5.1. Indicações de avaliação para cirurgia bariátrica:

- a) usuários e usuárias que apresentem IMC ≥ 50 Kg/m²;
- b) indivíduos que apresentem IMC ≥ 35 Kg/m² com comorbidades descompensadas ou 40 Kg/m², que possuem DM e/ou HAS e estratificado como alto e muito alto risco, sem sucesso no tratamento realizado de forma compartilhada entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos;
- c) indivíduos com IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidades descompensadas ou IMC ≥ 40 kg/m² com ou sem comorbidade, que não tiveram sucesso no tratamento após dois anos de acompanhamento na APS.

Os seguintes critérios devem ser observados:

- I. O usuário ou usuária e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por 18 meses;
- II. Compromisso consciente do usuário e usuária em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

9.5.2. Contraindicações para cirurgia bariátrica:

- a) limitação intelectual significativa em usuário e usuárias 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.

O acompanhamento pré cirurgia bariátrica deve ser realizado pela equipe multiprofissional do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade em duas fases:

Quadro 26 – Fases do acompanhamento pré-cirúrgico no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Pré-Operatório/Fases	Avaliações
Fase Inicial	Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
	Indivíduos com IMC 50 Kg/m ² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20 % do sobrepeso no pré-operatório.
	Reuniões dos grupos multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.
Fase secundária	Avaliação do risco cirúrgico Exames pré operatórios: radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTT, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicolizada, sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3).

Fonte: BRASIL, 2017.

O tratamento cirúrgico da obesidade é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas acima, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. A realização da cirurgia bariátrica consta no rol de procedimentos cobertos pelo SUS com os seguintes códigos:

- 04.07.01.012-2 gastrectomia com ou sem desvio duodenal;
- 04.07.01.036-0 gastrectomia vertical em manga (sleeve);
- 04.07.01.017-3 gastroplastia com derivação intestinal;
- 04.07.01.018-1 gastroplastia vertical com banda;
- 04.07.01.038-6 cirurgia bariátrica por videolaparoscopia.

9.5.3. Acompanhamento pós cirúrgico

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional por 18 meses. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme descrito:

Quadro 27 – Consultas de acompanhamento pós cirurgia bariátrica no Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Consultas de acompanhamento no período pós-operatório
Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatório.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatório.
No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatório.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatório.
18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Fonte: BRASIL, 2013.

Os exames pós-operatórios devem ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total (BRASIL, 2017).

Após a realização da cirurgia bariátrica e acompanhamento multiprofissional por 18 meses no serviço habilitado, o usuário ou usuária será contrar-referenciado para atenção primária à saúde/especializada ambulatorial.

9.5.4. Cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica

A cirurgia plástica pós-bariátrica desempenha um papel fundamental na reabilitação de usuário e usuárias que passaram por cirurgia bariátrica, contribuindo significativamente para a saúde física e emocional, e para melhorar a qualidade de vida do usuário ou usuária.

Após a perda de peso significativa decorrente da cirurgia bariátrica, é comum o usuário e usuária apresentar excesso de pele e flacidez, especialmente em áreas como abdômen, braços, coxas e mamas. Esse excesso pode causar desconforto físico, dificuldades de mobilidade e problemas dermatológicos devido ao atrito constante. A cirurgia plástica pós-bariátrica, ao remover o tecido excedente, melhora a mobilidade e o bem-estar funcional do usuário e usuária. Estudos indicam que, ao reduzir limitações físicas, esses procedimentos favorecem o engajamento em atividades físicas, promovendo um estilo de vida mais ativo e saudável. Usuário e usuárias submetidos à mamoplastia redutora, por exemplo, relatam maior conforto na prática de exercícios, reforçando o impacto positivo da cirurgia plástica na qualidade de vida (ROSA et al, 2019).

Manutenção da Perda de Peso e Prevenção de Comorbidades. A estabilidade do peso corporal após a cirurgia bariátrica é essencial para evitar o reganho de peso e a recorrência de doenças associadas à obesidade, como diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares. A cirurgia plástica pós-bariátrica pode desempenhar um papel importante nesse processo. A melhoria na imagem corporal e na autoestima promove maior adesão a hábitos saudáveis, incentivando o usuário e usuária a manter uma alimentação equilibrada e a praticar atividades físicas regularmente. Embora os mecanismos exatos dessa relação não estejam completamente esclarecidos, os benefícios psicossociais e motivacionais dessa intervenção são amplamente reconhecidos (GILMONT & MODOLIN, 2021; NEVES & OLIVEIRA, 2020).

O tratamento da obesidade deve ser integrado e multidisciplinar, envolvendo médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos, para garantir que cada etapa do processo seja conduzida de maneira segura e eficaz. A cirurgia plástica pós-bariátrica não é um procedimento estético, mas sim como uma ferramenta complementar ao cuidado do usuário e usuária bariátrico. Ao proporcionar melhor qualidade de vida, funcionalidade e manutenção da perda de peso, a cirurgia plástica pós-bariátrica contribui significativamente

para o bem-estar físico e emocional dos usuário e usuárias. Dessa forma, sua inclusão no plano de reabilitação pós-cirurgia bariátrica deve ser considerada como um passo fundamental para um tratamento completo e sustentável da obesidade (ROCHA & SILVA, 2019).

A cirurgia plástica pós-bariátrica tem sua relevância no contexto da recuperação e manutenção do peso dos usuários e usuárias que passaram por cirurgia bariátrica, enfatizando seus benefícios funcionais, psicológicos e na qualidade de vida. O serviço habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve oferecer atendimento especializado e integral em cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica (BRASIL, 2017).

O usuário e/ou usuária com adesão ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

a) Usuários e usuárias submetidos a procedimentos em serviço habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade:

Adesão ao tratamento, que envolve perda de peso e acompanhamento pós-operatório, que conforme previsto na Portaria nº 425 de 19 de março de 2013, estão previstas 08 consultas no pós-operatório, distribuídas em 18 meses, com equipe multidisciplinar realizadas no serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

b) Usuários e usuárias submetidos a cirurgia bariátrica em outros serviços não habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade no SUS:

Seguem os mesmos critérios de usuário e usuária submetido a cirurgia bariátrica em Serviço habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, ou seja adesão ao tratamento, que envolve perda de peso e acompanhamento pós-operatório, que contempla 08 consultas no pós-operatório, distribuídas em 18 meses, com equipe multidisciplinar, que podem ser realizadas em serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade ou Atenção Ambulatorial Especializada, de acordo com os fluxos loco-regionais estabelecidos. E o acesso a cirurgia reparadora, seguirá de acordo a oferta de serviços habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com obesidade e capacidade do sistema de saúde.

9.5.4.1. Critérios de indicação para cada procedimento de Cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica:

a) Mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redu-

ção de peso (critério psiquiátrico).

b) Abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

c) Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

9.5.4.2. Contraindicação da cirurgia plástica reparadora

Ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento). A realização da cirurgia plástica reparadora pós cirurgia bariátrica consta no rol de procedimentos cobertos pelo SUS com os seguintes códigos:

- 04.13.04.025-9 Dermolipectomia abdominal circunferencial pós cirurgia bariátrica
- 04.13.04.008-9 Mamoplastia pós cirurgia bariátrica
- 04.13.04.007-0 Dermolipectomia Crural pós cirurgia bariátrica
- 04.13.04.006-2 Dermolipectomia braquial pós cirurgia bariátrica
- 04.13.04.005-4 Dermolipectomia abdominal pós cirurgia bariátrica
- 04.15.02.001-8 Procedimentos Sequenciais de Cirurgia plástica reparadora pós cirurgia bariátrica

9.5.4.3. Cirurgia plástica reparadoras pós grande perda ponderal

Dentro da linha de cuidado à pessoa com obesidade, os usuários e usuárias que apresentaram uma grande perda ponderal, em decorrência de processos de tratamento clínico para obesidade, têm o direito de acesso a esse tipo de procedimento, seguindo-se os fluxos estabelecidos pelos gestores de saúde locais.

Critérios de Elegibilidade:

A inclusão nesse fluxo de cuidados exige que os usuários e usuárias sejam avaliados clinicamente para determinar a necessidade da cirurgia. A avaliação envolve:

- Estabilidade do peso após a perda ponderal (6 meses);
- Ausência de comorbidades que possam contraindicar;
- Avaliação do risco cirúrgico;
- Análise das condições psicossociais e motivação do usuário e usuária;

- Elegibilidade considerando os protocolos dos gestores locais.

9.6. Acompanhamento farmacoterapêutico na Atenção Hospitalar

O acompanhamento farmacoterapêutico do usuário e usuária pós-bariátrico é de suma importância no monitoramento e na dinâmica do uso de medicamentos. É especialmente recomendado inicialmente o serviço de conciliação medicamentosa pós-alta desse usuário e usuária seja já na instituição hospitalar seja na atenção primária. Conciliação de medicamentos é um serviço que tem como objetivo prevenir erros de medicação associados a discrepâncias não intencionais da prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos, quando o usuário e usuária transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde (Kitts et al.2014; Gupta et al., 2013).

Adicionalmente é de suma importância a execução de acompanhamento farmacoterapêutico para estes usuário e usuárias, haja vista que com o processo de emagrecimento subsequente é extremamente comum que seja necessária a redução de doses de medicamentos ou até mesmo sua suspensão, dados os ganhos metabólicos presentes nestes usuário e usuárias. Tal acompanhamento visa minimizar a ocorrência de eventos adversos, em especial nos usuário e usuárias polimedicados. No processo de cuidado, é importante, ainda, a participação do profissional farmacêutico(a) na elaboração e monitoramento do plano de cuidado interdisciplinar.

9.7. Gestão do Cuidado Compartilhado

Após a realização da cirurgia bariátrica e acompanhamento multiprofissional por 18 meses no serviço habilitado, o usuário ou usuária será contra referenciado para atenção primária à saúde/especializada ambulatorial, através do Formulário de Contrarreferência que poderá ser adaptada pelo nível local.

Quadro 28 – Formulário de Contrarreferência para Atenção Primária à Saúde/Atenção Especializada Ambulatorial.

Formulário de Contrarreferência para Atenção Primária à Saúde/Atenção Especializada Ambulatorial	
Encaminho o Sr.(a) _____	
para acompanhamento interdisciplinar (clínico, nutricionista e psicologia).	
Usuário e usuária em pós-operatório tardio (_____ meses) de cirurgia bariátrica. Data da Cirurgia: ____/____/____	
Unidade hospitalar onde foi realizada a cirurgia _____	
Peso pré _____	Peso pós _____ IMC pré _____ IMC pós: _____
Técnica Cirúrgica Realizada: () aberta () vídeo	
() gastrectomia com ou sem desvio duodenal	() gastrectomia vertical em manga (sleeve)
() gastroplastia com derivação intestinal	() gastroplastia vertical com banda
Observações: _____	
Complicações: _____	
Cirurgias plásticas: () sim () não	
Técnica Cirúrgica Realizada:	
() Mamoplastia pós cirurgia bariátrica	() Dermolipectomia Crural pós cirurgia bariátrica
() Dermolipectomia braquial pós cirurgia bariátrica	() Dermolipectomia abdominal pós cirurgia bariátrica
() Dermolipectomia abdominal circunferencial pós cirurgia bariátrica	
Observações: _____	
Complicações: _____	
Recomendações:	
1- Acompanhamento com clínico, nutricionista e psicologia com objetivo de acompanhar deficiências nutricionais, reafirmar mudanças de hábitos e manutenção do peso no mínimo anualmente.	
2- Realização exames laboratoriais de controle (anual), dependendo da técnica cirúrgica realizada: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.	
3- Prescrição de polivitamínico (Ferro, Vitamina B12, Cálcio e Zinco, vitamina D)	
4- Em caso de alguma intercorrência relacionada a cirurgia bariátrica, a referência será o serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade que foi realizada a cirurgia.	
Nome do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade: _____	
Data: ____/____/____	

Médico e CRM	

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

9.8. Iniciativas para mudanças de comportamento

Conforme já citado no **Quadro 3** – Abordagem inclusiva, Ferramenta 5As e Modelo Transteórico, o modelo transteórico (MT) compreende conceitos desenvolvidos para subsidiar os profissionais no planejamento de intervenções em saúde com foco na modificação de comportamento. Ele pode auxiliar no cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, uma vez que pressupõe que a prontidão para mudança de comportamento se dá em etapas, e não de forma abrupta, que devem ser considerados no acompanhamento pré-operatório, no planejamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções visando maior adesão e êxito (BRASIL, 2021; BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

Os estágios de mudança são elencados abaixo:

- Pré-contemplação: não há intenção de mudança, resistência em reconhecer o comportamento como problema;
- Contemplação: consciência da existência do problema, mas diversas barreiras impedem a ação;
- Preparação: foco maior na solução do que no problema, realiza pequenas mudanças, mas pouco concretas ou efetivas;
- Ação: alto comprometimento, mudanças de comportamento evidentes, ainda que recentes;
- Manutenção: sujeito mais confiante para sustentar as mudanças já realizadas há mais de seis meses.

O MT pode ser usado em ações individuais de forma a direcionar a intervenção para sujeitos em estágios de mudança distintos, considerando que apresentam percepção, motivação e consumo diferenciados. Também é utilizado com indicador de efetividade da intervenção. Seguem as abordagens específicas para cada estágio de mudança:

- Pré-contemplação: oferecer informações gerais sobre alimentação adequada e saudável e atividade física, prover ferramentas para o usuário ou usuária avaliar sua própria alimentação, identificar razões da não adesão ao tratamento nutricional e esclarecer consequências negativas do comportamento atual.
- Contemplação: trabalhar benefícios da adoção de hábitos saudáveis e auxiliar no enfrentamento dos obstáculos.
- Preparação: encorajar a liberdade e a responsabilidade sobre suas ações, estimular alcance de objetivos específicos sem sobrecarregar com várias metas, envolver familiares e amigos no apoio à decisão de mudar.
- Ação: fornecer materiais individualizados e estratégias práticas, prover reforço positivo às mudanças já implementadas e estimular autocontrole, força de vontade e motivação.
- Manutenção: fornecer encorajamento verbal e/ou escrito para manutenção dos novos comportamentos (encontros ou telefonemas), estimular autocontro-

le, força de vontade e motivação e orientar sobre o reconhecimento de situações que oferecem risco potencial de recaídas.

9.9. Subcomponente Urgência e Emergência

Tem como atribuição 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. O serviço deve contar com instalações físicas e equipamentos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade (BRASIL, 2017).

É observada a necessidade de que os profissionais do subcomponente Urgência e emergência sejam qualificados para identificar e realizar o cuidado adequado às complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade e do pós-operatório da cirurgia bariátrica.

9.9.1. Urgências e Emergências relacionadas ao sobrepeso e obesidade

O manejo adequado desses casos deve incluir acolhimento qualificado, avaliação de riscos e vulnerabilidades, realização de exames diagnósticos e encaminhamento adequado, respeitando a estrutura das instituições que prestam assistência à obesidade e a pactuação regional para referência hospitalar.

A referência deve seguir os critérios regionais de pactuação, garantindo que os usuário e usuárias sejam atendidos em unidades que possuam capacidade técnica e estrutural para esse perfil. Quando há necessidade de internação, os usuário e usuárias devem ser encaminhados para hospitais que disponham de estrutura apropriada, especialmente aqueles habilitados para assistência de alta complexidade. Esses hospitais devem contar com leitos, macas e cadeiras de rodas para pessoas com obesidades, equipamentos de imagem compatíveis e equipe especializada para o atendimento de usuário e usuárias com IMC elevado.

Dependendo da pactuação regional, usuário e usuárias que necessitam de internação devem ser encaminhados para hospitais com estrutura adequada para atendimento de indivíduos com obesidade, especialmente aqueles habilitados para assistência de alta complexidade.

9.9.2. Urgências e Emergências Pós-Bariátricas

Abordagem das Complicações Precoces: as complicações precoces, ou seja, aquelas que ocorrem nos primeiros 30 dias após a realização da cirurgia bariátrica, devem ser manejadas prioritariamente na instituição hospitalar onde o usuário e usuária foi operado. Essa diretriz visa garantir a continuidade do cuidado, uma vez que a equipe médica responsável pelo procedimento tem pleno

conhecimento da técnica utilizada, do histórico clínico do usuário e usuária e das possíveis intercorrências específicas.

Ademais, os procedimentos descritos abaixo somente poderão ser realizados em um estabelecimento de saúde que esteja cadastrado no CNES com as habilitações 0202, 0203 ou 2902:

03.03.07.013-7: Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica.

04.07.01.037-8: Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica.

O atendimento no local onde foi realizado o procedimento permite um diagnóstico mais preciso e um manejo adequado das intercorrências, garantindo acesso ágil a exames, suporte intensivo e intervenção especializada, assegurando o tratamento dentro dos protocolos clínicos estabelecidos.

Abordagem das Complicações tardias: as complicações tardias da cirurgia bariátrica são aquelas que ocorrem após 30 dias do procedimento e podem surgir meses ou anos após o procedimento cirúrgico. De acordo, com a rede assistencial, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é a principal porta de entrada para usuário e usuárias com complicações tardias da cirurgia bariátrica. O atendimento inicial deve incluir triagem, exames diagnósticos básicos e avaliação da necessidade de encaminhamento para um hospital de referência. Caso as complicações estejam relacionadas diretamente à cirurgia bariátrica, o usuário e usuária deve ser referenciado preferencialmente para hospitais habilitados, respeitando as pactuações regionais e a estrutura disponível na rede assistencial.

Entre as complicações sabidamente relacionadas ao procedimento cirúrgico citam-se algumas:

Estenose anastomótica (dificuldade de alimentação, vômitos frequentes) Hérnias internas e obstrução intestinal tardio.

Destaca-se que hospitais habilitados acompanham os usuários e usuárias por meio da APAC até 18 meses e que, após esse período, o cuidado pode ser compartilhado com a atenção especializada e atenção primária.

Urgências e Emergências relacionadas ao sobrepeso e obesidade:

O manejo adequado desses casos deve incluir acolhimento qualificado, avaliação de riscos e vulnerabilidades, realização de exames diagnósticos e encaminhamento adequado, respeitando a estrutura das instituições que prestam assistência à obesidade e a pactuação regional para referência hospitalar.

A referência deve seguir os critérios regionais de pactuação, garantindo que os usuário e usuárias sejam atendidos em unidades que possuam capacidade técnica e estrutural para esse perfil.

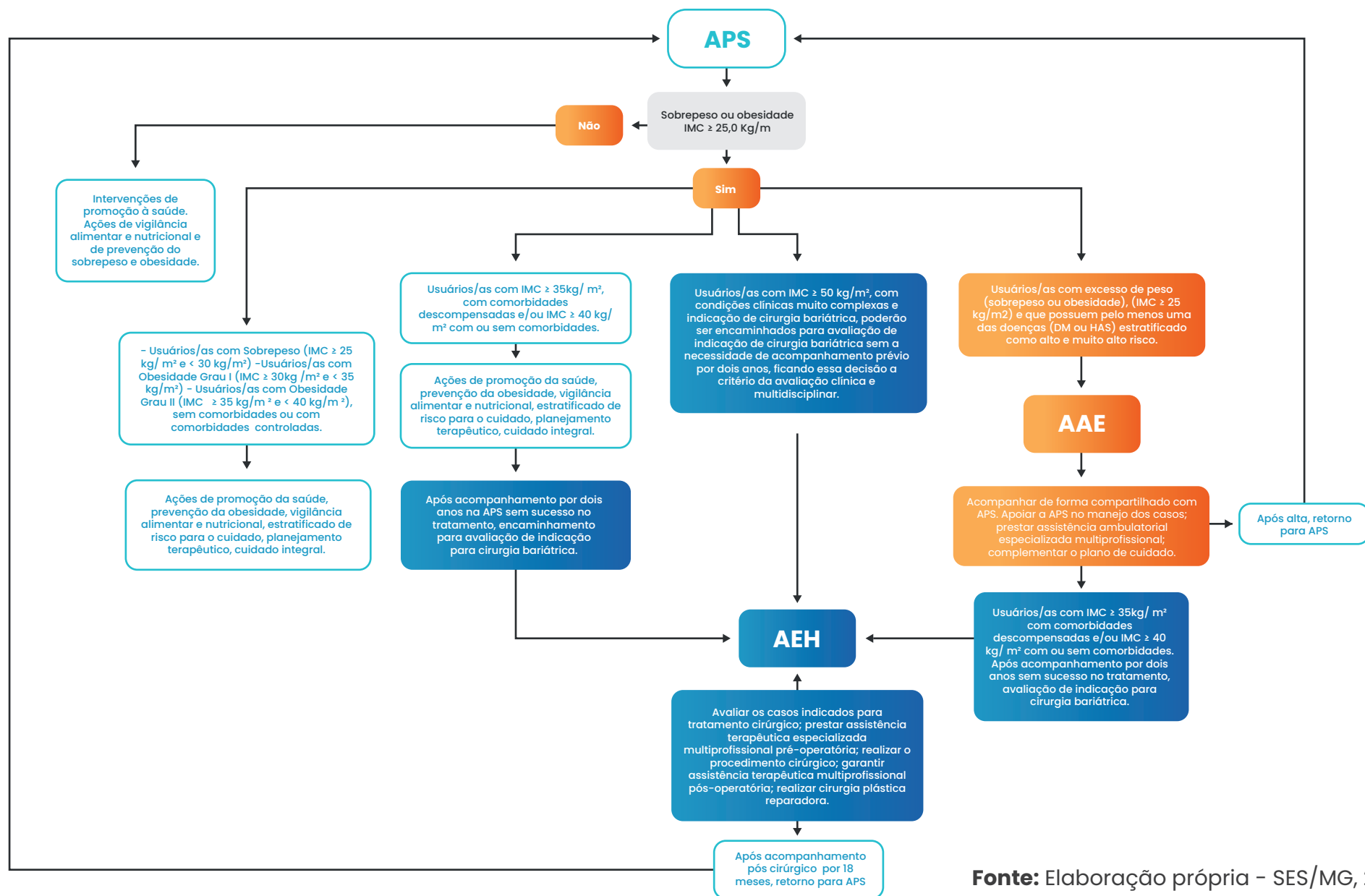
Quando há necessidade de internação, os usuário e usuárias devem ser encaminhados para hospitais que disponham de estrutura apropriada, espe-

cialmente aqueles habilitados para assistência de alta complexidade. Esses hospitais devem contar com leitos, macas e cadeiras de rodas para pessoas com obesidades, equipamentos de imagem compatíveis e equipe especializada para o atendimento de usuário e usuárias com IMC elevado.

Dependendo da pactuação regional, usuário e usuárias que necessitam de internação devem ser encaminhados para hospitais com estrutura adequada para atendimento de indivíduos com obesidade, especialmente aqueles habilitados para assistência de alta complexidade.

9.10. Fluxograma da Rede de Atenção à Saúde para a Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade

Figura 26 – Fluxo da RAS para a Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade



Fonte: Elaboração própria – SES/MG, 2025.



10. SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO

10.1 Apoio Diagnóstico e Terapêutico

10.1.1 Avaliação Bioquímica

Os profissionais de saúde devem se atentar para o fato de que o excesso de peso não descarta a possibilidade do usuário ou usuária apresentar carências nutricionais. O peso excessivo pode interferir em diversos processos fisiológicos, como absorção, distribuição, metabolismo e excreção de micronutrientes, acarretando a deficiência subclínica de micronutrientes ou a fome oculta, caracterizada como uma carência de micronutrientes que pode ocorrer mesmo quando a pessoa ingere calorias suficientes. Por exemplo, tem-se maior risco de deficiência de vitamina D, tiamina e folato em pessoas com obesidade devido, entre outros fatores, ao maior armazenamento no tecido adiposo, de conservação intracelular e de concentração eritrocitária, respectivamente (BRASIL, 2024).

Os exames bioquímicos em conjunto com o histórico e a avaliação das condições clínicas, antropométricas e de consumo alimentar, fornecem informações úteis para o ajuste de condutas e aprimoramento do manejo das condições apresentadas pelo usuário ou usuária. Os exames complementares básicos a serem monitorados incluem parâmetros relativos ao metabolismo de glicose e lipídios, e alterações endócrinas, dependendo do quadro clínico, além de sinais de carências nutricionais. Diante de achados clínicos pode ser interessante descartar alterações endócrinas, como obesidade hipotalâmica e Síndrome de Cushing, que apesar de raras, podem acarretar aumento do peso. O hipotireoidismo também pode ser investigado se houver suspeitas clínicas, embora não costume causar aumento de peso como se supõe. E tendo em vista o risco aumentado de diabetes mellitus (DM), recomenda-se avaliar a presença de sintomas e sinais clássicos, como poliúria, polifagia, polidipsia e redução involuntária de peso corporal (Brasil, 2024).

10.1.2. Parâmetros básicos para avaliação bioquímica

Perfil lipídico: Colesterol total; Frações lipídicas e Triglicérides. Perfil glicídico: Glicemia em jejum e Hemoglobina glicada. Outros parâmetros: Exame coprológico funcional; Urinálise; Ácido Úrico e TSH (hormônio tireoestimulante) (BRASIL, 2024).

Quadro 29 – Exames indicados nas fases pré e pós-operatórias do tratamento cirúrgico da obesidade.

Fase	Exame
Exames na fase pré-operatória	Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3.
Exames na fase pós-operatória (no 2º, 6º, 9º, 12º, 15º e 18º mês)	Hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total

Fonte: BRASIL, 2017.

10.2. Assistência Farmacêutica

O Cuidado Farmacêutico beneficia os usuários ou usuárias com sobrepeso e obesidade por meio de ações e serviços técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais. De forma integrada com as equipes de saúde essas entregas são voltadas ao usuário ou usuária, à família e à comunidade, e visa ao uso seguro e racional de medicamentos durante os tratamentos de comorbidades ou complicações e aos melhores resultados em saúde.

São metas do Cuidado Farmacêutico: a orientação dos usuário e usuárias direcionada ao acesso aos medicamentos por meio da atenção básica, dos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica; a educação do usuário e usuária sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua compreensão do tratamento e promover o autocuidado; a promoção da adesão do usuário e usuária ao tratamento, por meio da orientação terapêutica, da redução da complexidade do tratamento e da provisão de recursos que apoiem a tomada de medicamentos; a otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento; a avaliação da efetividade e da segurança dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessário, com o prescritor e a equipe de saúde; a identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, de interações medicamentosas, de reações adversas, de intoxicações e de riscos associados aos medicamentos e a educação do usuário e usuária para a guarda e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados à terapêutica

(BRASIL, 2014). No processo de cuidado, é importante, ainda, a participação do profissional farmacêutico (a) na elaboração e monitoramento do plano de cuidado interdisciplinar, de forma conjunta com o usuário ou usuária e na perspectiva da continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico.

Os princípios e diretrizes do Cuidado Farmacêutico estão definidos na PORTARIA GM/MS Nº 4.379, DE 14 DE JUNHO DE 2024. Dos princípios do Cuidado farmacêutico, no âmbito do SUS, temos a universalidade, integralidade e equidade; o cuidado centrado na pessoa; a segurança do usuário e usuária; a interprofissionalidade; saúde baseada em evidências; ética profissional; e gestão estratégica. Já as diretrizes dessas entregas são promover ações para definir a modelagem dos serviços a serem ofertados, de acordo com as demandas e necessidades da população assistida; promover a avaliação e o dimensionamento das equipes com força de trabalho com perfil e formação profissional adequadas voltadas para as atividades relacionadas ao cuidado farmacêutico; fomentar as estratégias para educação permanente dos profissionais que atuam nos serviços relacionados ao cuidado farmacêutico; articular medidas para a integração do cuidado farmacêutico em programas, protocolos e linhas de cuidado que fundamentam as ações e os serviços na rede de atenção à saúde; desenvolver fluxos de trabalho com as equipes de saúde, relacionados às ações e aos serviços de cuidado farmacêutico; estimular a estruturação dos serviços de forma remota, além da presencial, mediante tecnologias da informação e comunicação que permitam a interação com o usuário ou usuária ou seu responsável em tempo real, de maneira síncrona; estimular a elaboração de documentos técnico-científicos e demais materiais educativos voltados à capacitação de profissionais, à educação em saúde do usuário ou usuária e à orientação e sistematização dos serviços relacionados ao cuidado farmacêutico; garantir a estrutura física mínima compatível para a realização dos serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico de forma segura, humanizada e com acessibilidade; viabilizar meios para os registros das ações e dos serviços prestados nos sistemas de informação do SUS; incorporar metas relacionadas ao cuidado farmacêutico nos instrumentos de gestão e planejamento do SUS; formalizar as ações de cuidado farmacêutico em normas e outros instrumentos que propiciem a estabilidade e continuidade das ações e dos serviços ofertados à população; desenvolver ações voltadas ao cuidado integral, de forma integrada com a equipe de saúde interdisciplinar, com foco na promoção e recuperação da saúde e na prevenção de agravos; e desenvolver mecanismos eficientes de avaliação e monitoramento dos serviços relacionados ao cuidado farmacêutico.

Destaca-se, que normalmente a demanda dos usuário e usuárias é maior do que a resposta do serviço, principalmente no início. Esse é um dos principais motivos que justificam a triagem e a seleção de usuário e usuárias, pois, já que não é possível atender a toda a população, é necessário selecionar aqueles que mais necessitam do atendimento (BRASIL, 2014).

Atualmente, não existem medicamentos padronizados para o tratamento do sobrepeso e obesidade no SUS (BRASIL, 2022b). Em 2020, a Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) avaliou os medicamentos sibutramina e orlistate, não recomendando a incorporação destes ao SUS. A recomendação foi baseada em estudos de meta-análise dos dois medicamentos, o tratamento resultou em perdas de peso clinicamente não significantes.

Ademais, embora não tenham custo unitário elevado, quando se considera a prevalência das condições, seu uso resultaria em impacto orçamentário elevado ao SUS para obtenção de benefícios modestos (BRASIL, 2020a, 2020b). Em 2023, a Conitec definiu por unanimidade a não incorporação ao SUS de liraglutida 3 mg para tratamento de usuários e usuárias com obesidade e IMC acima de 35 kg/m², pré-diabetes e alto risco de doença cardiovascular.

A recomendação teve por fundamento a evidência de que a tecnologia não é custo-efetiva para o SUS ao preço proposto e apresenta um elevado impacto orçamentário (BRASIL, 2023). Existem outros medicamentos aprovados pela ANVISA para o tratamento da obesidade, como a Semaglutida, Bupropiona e Naltrexona, mas que ainda não foram avaliados pela CONITEC. No entanto, ressalta-se, que em nível estadual iniciou-se discussões para a avaliação de terapias medicamentosas que possam auxiliar no tratamento das pessoas com obesidade, que posteriormente, serão amplamente divulgadas.

10.2.1. Programação Assistencial

A garantia do acesso em tempo oportuno, de medicamentos, pelos usuários e usuárias assistidos pela rede do SUS/MG, é atribuição dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais desempenhados pelo Sistema de Assistência Farmacêutica, da rede, e compreendem as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.

(Para saber mais consulte – Quadro 34):

19. MINAS GERAIS. Programação dos medicamentos;

20. MINAS GERAIS. Distribuição dos medicamentos, do componente estratégico e especializado de medicamentos da SES/MG).

10.3. Sistemas de Informação e Registro Eletrônico em Saúde

Os Sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo primordial o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (SES-MG, 2024).

O registro é o dado clínico de toda e qualquer informação sobre a saúde de uma pessoa. O dado é o valor, ocorrência ou estado que se deseja registrar, um evento representado no tempo e no espaço. Já a informação é o resultado do processamento dos dados. Quando são classificados, resumidos com técnicas estatísticas, comparados, serão mais facilmente interpretados, tornando-

-se úteis para o raciocínio clínico e para gestão do cuidado (UFMG; Brasil, 2020).

10.3.1. Dos Sistemas de Informação Utilizados na Atenção Primária à Saúde

No âmbito da APS serão usados, para o registro e para o monitoramento dos dados referentes às ações da Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso ou Obesidade, os seguintes sistemas de informações em saúde: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); a Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Alguns municípios utilizam sistema próprio para registro das ações na APS, que devem seguir regras de integração entre sistemas, para a correta transmissão das fichas que contêm os registros, para a Estratégia e-SUS Atenção Primária. O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, tem-se os sistemas e-SUS APS para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (UFMG; BRASIL, 2020). A Estratégia e-SUS APS se propõe a fornecer dados da base nacional do SISAB aos diversos sistemas de informação existentes, a fim de qualificar o processo de gestão da informação e fomentar ações de monitoramento, avaliação e tomada de decisão em relação às políticas públicas de saúde em todos os níveis de atenção e governança. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é uma plataforma que tem como objetivo consolidar as informações sobre a situação nutricional da população brasileira atendida nas UAPS, através dos dados antropométricos (peso, altura e circunferência da cintura) e de marcadores de consumo alimentar. Esses dados podem ser registrados no e-SUS ou no SISVAN. Aquelas registradas no e-SUS migram para o SISVAN, desde que o usuário e usuária esteja devidamente identificado pelo número do CNS ou CPF. Além disso, os profissionais devem se atentar sobre o prazo de migração dos dados via e-SUS APS com PEC, ou CDS, ou por integração com sistema próprio/terceiro, para a migração dos dados e passe a compor a base de dados do SISVAN (UFMG; Brasil, 2020).

10.3.2. Dos Sistemas de Informação Utilizados na Atenção Ambulatorial Especializada

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é uma ferramenta essencial

para a gestão de informações dos serviços ambulatoriais de saúde. Esses serviços incluem procedimentos realizados sem necessidade de hospitalização, como, por exemplo, consultas, exames laboratoriais, e tratamentos em unidades de saúde, com o objetivo de diagnóstico e tratamento. Através do SIA é possível centralizar e padronizar os dados, através de informações cruciais para a melhoria dos serviços de saúde, planejamento e avaliação, além de garantir o acesso ao histórico completo dos usuários e usuárias. Esse registro possibilita o repasse de recursos financeiros e sua transparência, tal como a viabilização do complemento destes recursos, programação de metas e apuração de necessidades da rede ambulatorial visando o aprimoramento destes serviços. O SIA é alimentado com dados de produção coletados pelos estabelecimentos de saúde através dos aplicativos de captação Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

O BPA é um instrumento de registro que não necessita, obrigatoriamente, de autorização prévia do gestor. Ele possui dois módulos, o BPA Consolidado (BPA-C) o qual registra os dados dos atendimentos de modo agregado, enquanto o BPA Individualizado (BPA-I) registra os dados dos atendimentos de forma detalhada por usuário e usuária.

O Boletim de Produção Ambulatorial (BPA-I) é um documento utilizado para registrar e consolidar informações sobre os serviços ambulatoriais prestados aos usuários e usuárias. As unidades de saúde preenchem o BPA-I com dados sobre os atendimentos realizados durante a competência. O BPA-I possui campos específicos para identificação do estabelecimento, descrição dos procedimentos realizados, quantidades, valores e informações complementares. Os arquivos de produção e da Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO) são processados no SIA, que gera um banco de dados no qual é enviado ao Ministério da Saúde (MS).

É importante ressaltar que a política de ampliação da média complexidade e os CEAE custeados pelas SES/MG, na assistência ambulatorial exigem registro em BPA-I a fim de propiciar o monitoramento de indicador.

A APAC é o instrumento de registro dos procedimentos ambulatoriais que exigem autorização prévia dos gestores para realização. Nesse instrumento é necessário identificar o usuário e usuária e informar dados específicos sobre o atendimento. Já o RAAS é o aplicativo onde são registradas as ações realizadas por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O fluxo para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) se inicia quando o usuário e usuária necessita de atendimentos que exigem autorização. O profissional responsável pelo usuário e usuária emite o Laudo para Solicitação/Autorização dos procedimentos de APAC em 2 vias. O profissional que solicita o procedimento não pode ser o responsável por sua autorização.

Um outro aplicativo intermediário necessário para realizar o processamento no SIA é FPO (ficha de programação orçamentária). A FPO é uma ferramenta com a finalidade de registrar a programação física orçamentária de cada estabelecimento de saúde que presta atendimento ao SUS. Ela permite

que o gestor local informe o limite financeiro de acordo com tipo de financiamento, seja MAC ou FAEC.

Com os arquivos de produção gerados pelos aplicativos de captação e com o arquivo da FPO, o ente gestor dos prestadores de um município realiza o processamento ambulatorial de determinada competência no SIA. Finalizada esta etapa, o gestor gera um banco de dados, o qual é enviado para o Ministério da Saúde realizar o processamento, atualizar os sistemas de informação para os devidos pagamentos.

10.3.3. Dos Sistemas de Informação Utilizados na Atenção Especializada Hospitalar

As internações hospitalares eletivas ou de urgência/emergência realizadas no estado de Minas Gerais, no âmbito do SUS, são reguladas através da ferramenta estadual denominada SUSfácilMG. Por meio dela, quando uma internação é deferida após avaliação que considera protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização constantes em normativas vigentes, é emitida a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Após realizar o tratamento autorizado, o hospital registra os procedimentos realizados em regime de internação ou hospital dia, sejam eles de caráter eletivo ou de urgência/emergência, vinculando-os ao número de AIH fornecido pelo gestor. Essa coleta de dados é realizada através do SISAIH01, que é o programa de apoio à entrada de dados das AIH disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) é a ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde para registro e faturamento das internações hospitalares realizadas no âmbito do SUS e coletadas pelo SISAIH01.

Os arquivos de produção gerados pelo SISAIH01 são importados no SIH, que critica a produção considerando os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e os dados cadastrais dos hospitais constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Após processamento, o SIH gera um banco de dados, que é incorporado à base de dados nacional do SIH pelo DataSUS. O banco de dados nacional do SIH é fonte importante para obtenção de informações que podem subsidiar estudos de aspectos clínicos e epidemiológicos das internações e, por esse motivo, é essencial que o registro, processamento e avaliação das internações sejam realizados de forma qualificada pelos estabelecimentos e gestores de saúde.

O Ministério da Saúde permite que estabelecimentos de Saúde e gestores utilizem sistemas próprios para realização da coleta e processamento de dados de internação. No entanto, nesses casos, é necessário que os sistemas próprios respeitem os dados mínimos constantes nos sistemas oficiais, e que os arquivos de saída, que alimentarão o SIH, sejam emitidos conforme especificações padronizadas definidas pelo DataSUS.

O registro de produção hospitalar é essencial para composição da série histórica de internações realizadas pelos municípios e permite, além da extração de importantes informações de saúde, o pagamento de produção custeada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), repassados pelo Ministério da Saúde após apuração de produção aprovada.

Para o registro da assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória e pós-operatória aos usuários e usuárias com indicação de procedimento cirúrgico da obesidade, é utilizado o SIA-SUS, que está melhor detalhado no item anterior: “Dos sistemas de informação utilizados na Atenção Ambulatorial Especializada”.

Quadro 30 – Procedimentos ambulatoriais ofertados no atendimento de usuário e usuárias com obesidade.

Código	Procedimento	Instrumento de Registro
03.01.12.008-0	Acompanhamento de usuário e usuária pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional	APAC (proc. Principal)*
03.01.12.005-6	Acompanhamento de usuário e usuária pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional	APAC (proc. Principal)*

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC): captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados os procedimentos que exigem autorização prévia do gestor local para sua execução. Neste aplicativo é digitada a maioria dos procedimentos da alta complexidade (AC) e alguns da média complexidade (MC).

Além disso, a Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 define exames pré-operatórios de indivíduos com obesidade, conforme detalhamento presente na tabela abaixo:

Quadro 31 – Exames pré-operatórios de indivíduos com obesidade.

Código	Procedimento	Instrumento de Registro
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	BPA (Individualizado)***AIH (Proc. Especial) APAC (Proc. Secundário)
02.05.02.004-6	Ultra-sonografia de abdômen total	BPA (Individualizado)AIH (Proc. Especial) APAC (Proc. Secundário)
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtoracica	BPA (Individualizado)AIH (Proc. Especial) APAC (Proc. Secundário)
02.05.01.004-0	Ultra-sonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos)	BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial)
02.11.08.005-5	Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria)	BPA (Consolidado) BPA (Individualizado)

Fonte: Brasil, 2017.

***Boletim de Produção Ambulatorial (BPA): captação do atendimento ambulatorial composto de dois módulos de captação, BPA consolidado (BPA-C) e BPA individualizado (BPA-I).

Quanto aos procedimentos cirúrgicos ofertados na rede SUS, nos Hospitais habilitados na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade temos:

Quadro 32 – Procedimentos cirúrgicos ofertados na rede SUS.

Código	Cirurgia Bariátrica	Instrumento de Registro
04.07.01.012-2	Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal	AIH (Proc. Principal)
04.07.01.017-3	Gastroplastia c/ derivação intestinal	AIH (Proc. Principal)
04.07.01.018-1	Gastroplastia vertical com banda	AIH (Proc. Principal)
04.07.01.036-0	Gastrectomia vertical em manga (Sleeve)	AIH (Proc. Principal)
04.07.01.038-6	Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia	AIH (Proc. Principal)
04.07.01.037-8	Tratamento de intercorrências cirúrgica pós-cirurgia bariátrica	AIH (proc. Principal)
03.03.07.013-7	Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica	AIH (proc. Principal)

Código	Cirurgia Plástica Reparadora Pós Cirurgia Bariátrica	Instrumento de Registro
04.13.04.005-4	Dermolipectomia abdominal pós-cirurgia bariátrica	AIH (Proc. Principal)
04.13.04.025-9	Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica	AIH (Proc. Principal)
04.13.04.006-2	Dermolipectomia braquial pós-cirurgia bariátrica	AIH (Proc. Principal)
04.13.04.007-0	Dermolipectomia crural pós-cirurgia bariátrica	AIH (Proc. Principal)
04.13.04.008-9	Mamoplastia pós-cirurgia bariátrica	AIH (Proc. Principal)
04.15.02.001-8	Procedimentos sequenciais de cirurgia plástica reparadora pós -cirurgia	AIH (Proc. Principal)

Fonte: Elaboração própria SES-MG/2025.



11. TELESSAÚDE

A Telessaúde é uma modalidade de prestação de serviços de saúde à distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação (TIC), que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, na forma disciplinada pela Lei Federal 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Este modelo de prestação de cuidados de saúde visa atender necessidades de usuários de forma a complementar os serviços e articular os gargalos para acesso aos cuidados à saúde, buscando introduzir uma nova forma de pensar os processos de cuidado.

“O uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital para compartilhar e interoperar informações e sistemas, tornar mais ágil e oportuna a comunicação entre os pontos de atenção, melhorar a qualidade, agilidade, segurança, efetividade e eficiência dos serviços presenciais e remotos, engajar usuários, assegurar continuidade do cuidado, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários” (BRASIL, 2023).

No contexto de Minas Gerais, a incorporação de recursos de telessaúde surge como uma resposta essencial para os desafios enfrentados na prestação de serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), sendo a utilização das tecnologias estabelecida através de documento orientadores elaborados pela SES-MG.

Na Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade faz-se necessário o acesso aos serviços de telessaúde, composto por uma equipe de teleconsultores e corpo clínico de especialistas de referência, responsável pela retaguarda diagnóstica e assistencial especializada e ações de educação permanente.

No âmbito da APS, conforme Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024, os profissionais de saúde podem utilizar as seguintes modalidades de serviços assistenciais para garantir o cuidado aos usuários e usuárias com obesidade, especialmente aqueles com dificuldade de locomoção até a unidade de saúde:

- I – Telemonitoramento:** interação remota realizada sob orientação e supervisão de profissional de saúde envolvido no cuidado ao usuário e usuária para monitoramento ou vigilância de parâmetros de saúde;
- II – Teleorientação:** ação de conscientização sobre bem-estar, cuidados em

saúde e prevenção de doenças, por meio da disseminação de informações e orientações em saúde direcionadas ao cidadão.

Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais pactuou a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.690, de 15 de maio de 2024, que dispõe sobre a implementação de serviços de teleconsultoria clínica como estratégia para a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Atenção Especializada (AE).

Neste sentido, os profissionais de saúde da APS, em caso de necessidade, podem demandar a teleconsultoria assíncrona, serviço atualmente ofertado pelo Núcleo de Telessaúde das instituições parceiras.

A deliberação estabelece teleconsultoria assíncrona como: Consulta realizada e registrada entre profissionais de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, realizada por meio de mensagens offline.

Sendo assim, para utilizar os serviços de teleconsultoria, os profissionais da atenção primária devem acessar a plataforma virtual disponibilizada pelas instituições parceiras e encaminhar suas dúvidas para os especialistas cadastrados, que incluem endocrinologistas e cardiologistas. O teleconsultor tem até 72 horas para responder, e a solicitação permanecerá disponível na plataforma para acompanhamento. Em caso de necessidade, o profissional pode enviar complementações após o retorno da primeira resposta.

O projeto de teleconsultoria será implementado, de forma gradativa, em todo o estado de Minas Gerais. A primeira etapa do projeto está em implementação e disponível nas seguintes macrorregiões de saúde: Macrorregião Leste, Macrorregião Leste do Sul, Macrorregião Oeste, Macrorregião Jequitinhonha, Macrorregião Centro, Macrorregião Nordeste, Macrorregião Noroeste e Macrorregião Norte.

No contexto da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade, é fundamental fortalecer a retaguarda diagnóstica e assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), qualificando o atendimento e reduzindo encaminhamentos desnecessários à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Para isso, é essencial que os profissionais da APS tenham acesso ao serviço de teleconsultoria, contando com o suporte de endocrinologistas e cardiologistas, especialistas disponíveis no âmbito do projeto, para orientações clínicas e apoio à tomada de decisão.

Para saber mais informações sobre o serviço estadual de teleconsultoria acesse: o site: www.saude.mg.gov.br/teleconsultoria.

10.5. Regulação do Acesso

O Estado de Minas Gerais, por meio da implantação de políticas públicas, assumiu a regulação das solicitações de Urgência/Emergência do SUS/MG, ou seja, regulação daqueles casos mais críticos, com risco iminente de vida.

Enquanto isso, os municípios ficaram responsáveis pela atividade regulatória de consultas, exames e procedimentos de caráter eletivo, de média e alta complexidade, por poderem ser executados de forma planejada e programada. Em consonância, a Resolução SES/MG Nº8.340, de 21 de setembro de 2022, definiu, em seu artigo 11, que “A regulação de procedimentos eletivos e ambulatoriais é de competência dos municípios”.

No âmbito do SUS/MG, a regulação dos procedimentos eletivos, bem como a gestão das filas de acesso, a priorização dos casos e o agendamento de consultas, procedimentos, exames ou cirurgias dessa natureza é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de modo que os pedidos médicos solicitados nos municípios, seguem os arranjos organizativos e pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI).

10.6. Transporte em Saúde

10.6.1. Transporte Eletivo em Saúde

O transporte Eletivo em Saúde é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuado. Compreende-se como Transporte Eletivo em Saúde os transportes.

10.6.2. Transporte Sanitário Eletivo

É aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, por meio de veículos de transporte tipo lotação.

10.6.3. Transporte em Ambulância Tipo A

É aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas, que por indicação clínica, não apresentem risco de vida, para remoção simples e de caráter eletiva, no próprio município de residência ou para outro município nas regiões de saúde de referência, que necessitem de transporte em decúbito horizontal. O acesso ao transporte eletivo em saúde tem sua definição de fluxo realizada por cada município.

10.7. Tratamento Fora de Domicílio

Esgotadas, no local de domicílio, todas as formas possíveis para o tratamento de saúde de que necessite, possibilita-se a concessão do **Tratamento Fora de Domicílio (TFD)**. Trata-se de um benefício que pode ser concedido a

todo usuário e usuária atendido pela rede pública ou conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS), para que possa ele continuar sendo assistido em município, ou estado, a depender da situação em concreto, de onde o mesmo mantenha residência.

É importante destacar que as **despesas permitidas** pela referida portaria são referentes a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para alimentação e para pernoite de usuário e usuárias e acompanhantes, quando se fizer estritamente necessário, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município.

Intraestadual: o município pode definir seu fluxo interno. No qual a demanda pelo benefício é recebida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Setor do TFD local, avaliada pela Comissão Municipal responsável pelo TFD local e se julgada procedente, financiada pela SMS.

Interestadual: para os casos de municípios com gestão dos seus prestadores, o fluxo é semelhante. No contexto atual, em que todos os municípios assumiram a gestão dos seus prestadores, a SES não está mais recebendo a inclusão de novos usuário e usuárias ao benefício do TFD estadual.



12. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2010).

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

Considerando a relevante função da Vigilância em Saúde na análise da situação de saúde da população com sobrepeso e obesidade, articula-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno.

A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, por intermédio da:

- caracterização da população: variáveis demográficas (número de habitantes com distribuição por sexo, idade, local de residência, fluxos de migração etc.); variáveis socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida etc.); variáveis culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos etc.);
- caracterização das condições de vida: ambientais (abastecimento de água, esgotamento sanitário, condições de habitação, segurança alimentar e nutricional (acesso alimentos saudáveis e em quantidade adequada), acesso a transporte, segurança e lazer); características dos sujeitos (nível educacional, inserção no mercado de trabalho, tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política);
- caracterização do perfil epidemiológico: indicadores de morbidade; indicadores de mortalidade;
- descrição dos problemas: O quê? (problema); Quando? (atual ou

potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. Um sistema de vigilância eficaz não apenas monitora os fatores de risco e determinantes sociais, mas também promove ações preventivas e de intervenção que melhoram a saúde da população com sobrepeso e obesidade.

A vigilância sobre os fatores de risco e determinantes sociais no contexto do sobrepeso e obesidade deve ser uma tarefa contínua e integrada, visando não apenas o tratamento, mas também a prevenção e a promoção da saúde. Por meio de uma abordagem colaborativa e centrada no usuário e usuária, é possível melhorar os resultados de saúde e a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

11.1. Vigilância Alimentar e Nutricional

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é caracterizada pela descrição contínua e pela predição de tendências sobre a situação alimentar e nutricional da população e de seus fatores determinantes (BRASIL, 2017). A VAN é uma potente ferramenta para a identificação de indivíduos com agravos nutricionais, como o sobrepeso e a obesidade, e aqueles com hábitos alimentares não saudáveis. Além disso, subsidia o planejamento de intervenções a partir do observado de forma individual e coletiva e orienta a organização do cuidado nutricional na RAS. Os dados demográficos e epidemiológicos também contribuem com a análise do cenário alimentar e nutricional e auxiliam o gestor e equipes na realização do diagnóstico situacional de sua rede de serviços para atenção adequada às pessoas com sobrepeso e obesidade.

A mensuração de dados antropométricos e de consumo alimentar, deve fazer parte do cuidado da rotina da APS, nas demandas espontâneas e programadas, nos atendimentos de pré-consultas, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, e em todas as oportunidades de contato com o usuário ou usuária. A classificação do estado nutricional e do conhecimento dos hábitos alimentares, permite identificar os usuários e usuárias com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis e orientar a oferta de cuidado para estes casos. Ao identificar de forma precoce algum desvio ou comportamento de risco para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, é possível organizar as demandas para ofertar as intervenções disponíveis de forma adequada (BRASIL, 2022).

Conforme descrito no item Sistemas de Informação em utilização na APS, os dados de avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência da cintura) e do consumo alimentar de toda a população atendida na atenção primária à saúde (APS) são registrados no e-SUS ou no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sistema de informação online operado a partir da APS nos municípios onde são consolidadas as informações produzidas a partir das práticas de vigilância alimentar e nutricional.



12. REGIONALIZAÇÃO, GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO DA LINHA DE CUIDADO

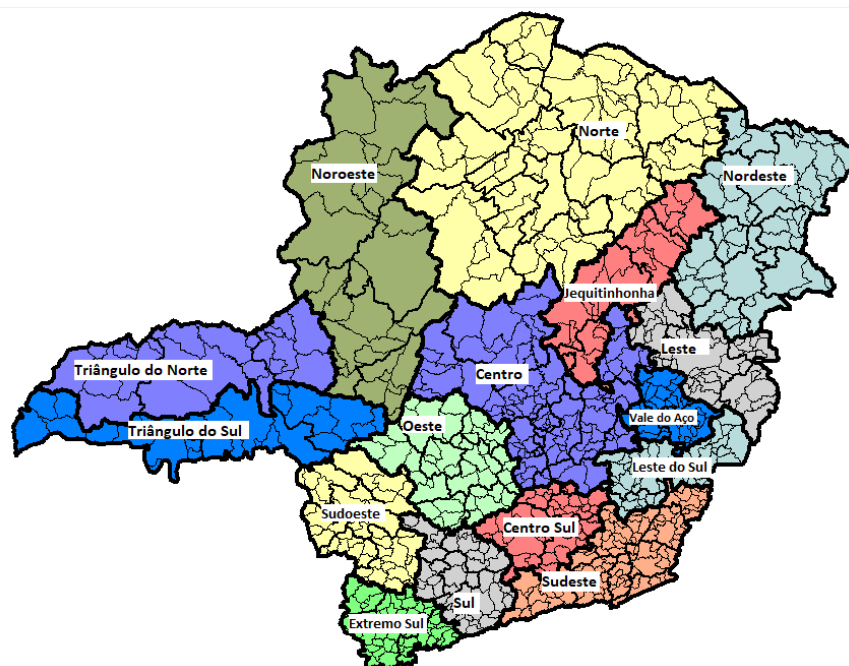
O Estado de Minas Gerais possui 853 municípios e população estimada em 2022 pelo IBGE de 20.539.989. O desenho de Regionalização da Saúde utilizado no Estado é o Plano Diretor de Regionalização – PDR.

O PDR é base orientadora para a organização e descentralização dos serviços de saúde, tendo sido pensado de forma a promover fluxos mais racionais para populações nos seus diversos espaços, intra e inter-regionais. Nos processos de planejamento das redes, é uma das orientações básicas para se avaliar a acessibilidade mais adequada. O PDR objetiva, também, nos termos da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, promover economias de escala e escopo e maior equidade entre regiões.

Para ordenamento espacial, considerada a extensão geográfica e as diferenças de densidade demográfica e de possibilidades dos equipamentos urbanos, o PDR de Minas Gerais foi estruturado de forma a orientar os principais pontos das redes em suas referências, ou seja, ao desenho dos modelos de atenção: primária, secundária, terciária.

O PDR-SUS/MG, DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.394, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023, conta hoje com 16 macrorregiões e 89 microrregiões, conforme figura abaixo.

Figura 27 – Macrorregiões de Minas Gerais segundo o Plano Diretor de Regionalização, 2023.



Fonte: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.394, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023.

12.1 Monitoramento e Avaliação

O processo de monitoramento e avaliação da atenção aos indivíduos com sobrepeso e obesidade é essencial para verificar o desempenho na oferta de ações e realizar os ajustes necessários na organização do processo de trabalho das equipes. Tanto o monitoramento quanto a avaliação envolvem atividades que devem ser contínuas e integradas, que permitam comparar o resultado obtido e o previsto e que possibilitem tomar decisões sobre medidas corretivas que reduzam falhas e fortaleçam a resolutividade das ações.

Os indicadores possibilitam acompanhar o andamento bem como medir o cumprimento dos objetivos de uma política ou programa. Eles se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente e, ainda, indicam os dados que devem ser coletados para que se possa acompanhar a implementação e a avaliação sobre a obtenção ou não dos resultados esperados. Embora os indicadores disponíveis nem sempre representem fidedignamente a situação a ser acompanhada, entende-se que são uma aproximação ao fenômeno discutido e facilitam a avaliação de atividades e programas.

A avaliação dos indicadores deve ser realizada com base no registro das informações nos sistemas de informação vigentes. Nas ações realizadas na APS, são utilizados o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

(Sisab) e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). O monitoramento de indicadores, no que se refere à atenção ofertada aos indivíduos com obesidade, pode subsidiar a priorização da agenda e a organização do processo de trabalho e do cuidado junto às equipes de atenção primária (BRASIL, 2022).

No quadro 33, abaixo, encontram-se alguns indicadores sugeridas para o monitoramento anual da Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso ou Obesidade pelos municípios. No entanto, é importante destacar que o município tem autonomia para definir seus próprios indicadores, metas e periodicidade de acompanhamento de acordo com a sua necessidade e realidade local.

Quadro 33 – Indicadores para o monitoramento da Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso ou Obesidade.

Monitoramento e Avaliação			
Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Fonte
Percentual de atendimentos individuais com a condição obesidade Avaliada em relação aos indivíduos identificados com obesidade no SISVAN	$(\text{Número de atendimentos individuais com condição obesidade Avaliada, no SISAB} / \text{Número de Pessoas identificadas com obesidade no SISVAN}) \times 100$	Porcentagem	Porcentagem
Média do número de participantes das atividades coletivas em atividade física e práticas corporais oferecidas pelo município	Soma do número de participantes nas ações desenvolvidas durante o ano	Número absoluto	SISAB
Número de Atividades Coletivas de Educação em Saúde voltadas para a Promoção da Saúde com a temática de alimentação saudável	Soma do número de atividades de educação em Saúde com a temática "alimentação saudável" durante o ano	Número absoluto	SISAB
Percentual da população atendida nas Unidades Básicas de Saúde com registros dos formulários de marcadores de consumo alimentar	$(\text{Número total da população com registro dos marcadores de consumo alimentar no Sisvan Web} / \text{Número da população segundo o IBGE, 2022}) \times 100$	Porcentagem	SISVAN
Percentual de acompanhamento do estado nutricional da população	$(\text{Número de pessoas acompanhadas no Sisvan Web} / \text{número total da população do município segundo IBGE, 2022}) \times 100$	Porcentagem	SISVAN
Número de Atendimentos Individuais na APS para a condição avaliada "Obesidade" encaminhados para serviço especializado	Número de Atendimentos Individuais na APS para a condição avaliada "Obesidade" encaminhados para serviço especializado	Número absoluto	SISAB
Número de usuário e usuárias submetidos à cirurgia bariátrica	Número de usuário e usuárias submetidos à cirurgia bariátrica*	Número absoluto	Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

Fonte: Elaborado pela SES-MG/2025.

***Procedimentos:** 04.07.01.012-2 – gastrectomia com e sem desvio duodenal. 04.07.01.036-0 – gastrectomia vertical em manga (sleeve) 04.07.01.017-3 – gastroplastia com derivação intestinal e 04.07.01.018-1 – gastroplastia vertical com banda - 04.07.01.038-6 - Cirurgia bariátrica por videolaparoscopia (numerador).

12.2. Sistema de Financiamento

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, ou seja, de responsabilidade dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. No nível estadual é importante destacar o financiamento da Política Estadual de Promoção de Saúde (POEPS) que possui indicadores de monitoramento que impactam no cuidado e prevenção do sobrepeso e da obesidade pois fomenta e apoia a realização de ações pelos municípios de promoção da atividade física e da alimentação saudável para a população. No nível federal ressaltam-se estratégias como o Incentivo Federal de financiamento das ações de alimentação e nutrição, o Programa Academia da Saúde e o Incentivo Financeiro Federal de custeio à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde.

12.3. Política Estadual de Promoção à Saúde (POEPS)

A Política Estadual de Sa Promoção de Saúde (POEPS) foi instituída pela Resolução SES/MG nº 5250, de 19 de abril de 2016 e atualizada, no que se refere ao financiamento estadual das ações municipais de promoção da saúde por meio a Resolução SES/MG nº 9.076, de 18 de outubro de 2023 que trata do cofinanciamento da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS) e Políticas de Promoção da Equidade a SES/MG. O incentivo financeiro de que trata o cofinanciamento deverá ser utilizado pelos beneficiários para as despesas de custeio e manutenção das ações e serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde. Dois componentes compõem o valor financeiro final: o componente de serviços, calculado a partir da cobertura de Atenção Primária à Saúde, do quantitativo de equipes de estratégia de saúde da família e polos da academia da saúde; e o componente desempenho que é proporcional ao cumprimento dos indicadores definidos. Dentre as ações acompanhadas e avaliadas por meio dos indicadores no âmbito da POEPS que tem impacto cuidado e na prevenção da obesidade, destacam-se:

- Oferta para a população de ações de atividade física/práticas corporais pelos municípios nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- Registro e análise do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de toda a população atendida na Atenção Primária à Saúde (APS).
- Registro e análise do estado nutricional (dados antropométricos) de toda a população atendida na APS.
- Realização de atividades coletivas de educação em saúde, podendo contemplar o tema alimentação adequada e saudável e atividade física.

12.4. Incentivo Federal de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição

O incentivo financeiro para a promoção da equidade na organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde é um recurso federal que tem como objetivo fortalecer a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Anualmente, conforme disponibilidade orçamentária, o Ministério da Saúde tem repassado incentivo financeiro para a finalidade citada. Até o ano de 2023 o repasse foi realizado para os municípios com população acima de 30 mil habitantes. Em 2024, o Ministério da Saúde ampliou os beneficiários incluindo todos os municípios do estado por meio da Portaria GM/MS nº 5.721, de 11 de novembro de 2024.

O incentivo financeiro é destinado à despesa de custeio e o valor final para cada município considerou critérios como o porte populacional e indicadores de vulnerabilidade social, assegurando que as populações mais necessitadas sejam priorizadas.

As áreas de aplicação do incentivo financeiro incluem o monitoramento da situação alimentar e nutricional; a promoção da alimentação adequada e saudável; a prevenção e controle de agravos nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição, como a obesidade; e a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.

Destaca-se que é essencial que os municípios utilizem o incentivo financeiro com a finalidade de fortalecer a organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde, possibilitando a implementação de ações que concretizem a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a redução das desigualdades em saúde.

12.5. Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas diversas atividades de promoção da saúde para a população incluindo práticas de atividades físicas, promoção da alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, ações de educação em saúde, dentre outras. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a oferta das ações.

O Ministério da saúde habilita municípios para a construção dos polos que, atualmente, está ocorrendo apenas por meio de emenda parlamentar. Desta forma, o gestor municipal precisa verificar se o período para cadastro de emendas está aberto. Caso esteja aberto, o gestor municipal deve se articular com o parlamentar do seu estado com representação no Congresso Nacional (deputado federal ou senador), para que ele indique no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), a emenda para construção da modalidade

do polo do Programa Academia da Saúde demandada pelo município. O Ministério da Saúde prevê o repasse do incentivo financeiro de investimento para construção dos polos pelos municípios interessados nas seguintes modalidades: I – Modalidade Básica; II – Modalidade Intermediária; e III – Modalidade Ampliada.

Os valores do recurso a ser disponibilizado para cada modalidade de construção são atualizados periodicamente e encontram-se disponíveis no site do Fundo Nacional de Saúde **disponível em:** <https://portalfns.saude.gov.br/biblioteca/>. Os municípios contemplados com o incentivo financeiro ficam sujeitos ao cumprimento de prazos para execução e conclusão da construção do polo do Programa Academia da Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Após a conclusão da construção, os municípios podem pleitear o repasse mensal de incentivo financeiro de custeio pelo Ministério da Saúde, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), para apoiar a execução das ações de promoção da saúde nos polos do Programa Academia da Saúde. Podem receber incentivo financeiro de custeio, também, os polos habilitados pelo Ministério da Saúde como similares ao Programa Academia da Saúde. Os polos similares ao Programa Academia da Saúde são iniciativas locais que possuem estrutura física construída ou adaptada exclusivamente para o Programa, semelhante ou igual a uma das modalidades de polo do Programa Academia da Saúde. A Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 aborda sobre os Critérios para habilitação pelo Ministério da Saúde de um Polo da Academia da Saúde Similar. Para solicitar o incentivo financeiro de custeio o município deve cadastrar o polo do Programa Academia da Saúde no SCNES e cadastrar proposta de solicitação de incentivo financeiro de custeio no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). Após a verificação do cumprimento das exigências previstas e aprovação pelo Ministério da Saúde será publicada Portaria de credenciamento do polo ou programa similar local ao recebimento do incentivo financeiro de custeio.

A manutenção do recebimento do incentivo financeiro de custeio pelo município é condicionado à alimentação do E-sus/SISAB com os registros das informações desenvolvidas no polo do Programa Academia da Saúde e com a manutenção do cadastro do estabelecimento e do(s) profissional(is) no SCNES do polo ou do Estabelecimento de Atenção Básica onde a estrutura de apoio ao Programa esteja localizada sendo pelo menos 1 (um) profissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou, no mínimo, 2 (dois) profissionais com carga horária de 20 (vinte) horas semanais cada, observando o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) previsto em Portaria.

As ações desenvolvidas em cada polo do Programa Academia da Saúde deverão somar, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais, com garantia de funcionamento do polo em, pelo menos, 2 (dois) turnos diários, em horários definidos a partir da necessidade da população e do território. Além disso, as atividades do Programa Academia da Saúde também poderão ser desenvolvidas em parceria com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, da Estraté-

gia de Saúde da Família, da equipe multiprofissional, de outros níveis de atenção da rede e de outros órgãos, tais como educação, esportes, assistência social, etc, quando houver. O Programa Academia da Saúde será desenvolvido nos espaços dos polos, não havendo impedimento para extensão das atividades a outros equipamentos da saúde ou sociais.

12.6. Incentivo Financeiro Federal de Atividade Física

O Incentivo Financeiro Federal (IAF) de custeio, de que trata a Portaria GM/MS Nº 1.105, de 15 de maio de 2022, é destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS), pelos Municípios e Distrito Federal e tem como objetivos:

I – Implementar ações de atividade física na APS, por meio, dentre outros mecanismos:

- a) de contratação de profissionais de educação física na saúde na APS;
- b) de aquisição de materiais de consumo;
- c) de qualificação de ambientes relacionados a atividade física; e

II – Melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, mediante a inserção de atividade física na rotina desses indivíduos (Brasil, 2022). Portaria GM/MS Nº 1.105, de 15 de maio de 2022. (Para saber mais consulte o site: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1105_17_05_2022.html).

Podem solicitar o credenciamento para recebimento do incentivo financeiro os municípios com os seguintes estabelecimentos de saúde da APS: Posto de Saúde (código 01) ou Centro de Saúde/Unidade Básica (código 02). Atualmente, o Ministério da Saúde não está realizando novos credenciamentos, no entanto, é importante que os municípios fiquem atentos para a abertura de novos processos de credenciamento.

Destaca-se que os municípios recebem incentivo financeiro mensal de valores diferenciados a depender do tipo de estabelecimento e presença e carga horária do profissional de educação física. Além disso, para a manutenção do recebimento do incentivo, foram estabelecidas metas de acordo com o tipo de estabelecimento referentes ao quantitativo de registro das ações de práticas corporais e de atividade física no SISAB. O Ministério da Saúde suspenderá a transferência do incentivo financeiro quando identificado a ausência do envio de dados relativos às ações de práticas corporais e de atividade física, por meio do SISAB, por três competências consecutivas ou devido ao não alcance das metas estabelecidas. Por isso, é essencial que os municípios dediquem esforços para o alcance das metas a fim de que não sofram suspensões do recebimento do incentivo financeiro e não sejam descredenciados pelo Ministério da Saúde.

Quadro 34 – Link de materiais de apoio.

1. BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/-cartazes-e-cartilhas/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf/view
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_identificacao_domicilios_organizacao_rede.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 55 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 192 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_abordagem_manejo_obesidade_sus.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 152 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade_sus.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 168 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/marco_EAN.pdf

8. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care [Internet]. 6º de janeiro de 2013; 3(2):179-85. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>
9. Planilha de Programação Local ou Assistencial trabalhada no Saúde em Rede. Disponível em: https://saudemg-my.sharepoint.com/:x/g/personal/arthur_alves_saude_mg_gov_br/ETPg-rqbUmNIITJJhvoeY0cBU-EmSOY6Q2xiR52I3ympxw
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Relatório de Recomendação. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. 350 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-sobrepeso-e-obesidade-em-adultos/view>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 54 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
14. BRASIL.PLANIFICASUS. Ficha Plano de Cuidados da APS. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa22_aps_anexo8.pdf
https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa22_aps_anexo8.pdf
15. Matriz de apoio à discussão sobre a relação entre APS e AAE. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1PoNkle9mxdx2YACOasqnwfe4ZI4i_M5e/view

16. Brasil. Ministério da Saúde. Autocuidado apoiado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2021. 150 p. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342840/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf

17. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2021. 150 p. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342840/instrutivo_abordagem_coletiva.pdf

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Atualiza as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>

19. MINAS GERAIS. Programação dos medicamentos. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentos>

<https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentos>

20. MINAS GERAIS. Distribuição dos medicamentos, do componente estratégico e especializado de medicamentos da SES/MG acessar a página de ajuda do SIGAF e clicar no campo correspondente ao componente ao qual o item faz parte. Disponível em: <https://ajudasaf.saude.mg.gov.br/>

Outros materias de apoio:

21. Grade de referência dos hospitais da Rede de Atenção à Saúde Bucal/SUS-MG (RASB-MG). Compartilhamento do cuidado com a eSB da hospitais da Rede de Atenção à Saúde Bucal/SUS-MG, conforme a necessidade. Disponível em:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1KBmAT0WuUgoW1Jdn16m0IZxxFwAVFM4v/edit?usp=sharing&ouid=111308596513168177442&rtpof=true&sd=true>

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1KBmAT0WuUgoW1Jdn16m0IZxxFwAVFM4v/edit?usp=sharing&ouid=111308596513168177442&rtpof=true&sd=true>

22. Mendes, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em:

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

23. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. Universidade Federal de

Sergipe. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 51 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf



13. REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. C. et al. **Food price trends during the COVID-19 pandemic in Brazil.** PLoS One, v. 19, n. 5, p. e0303777, 2024. doi: 10.1371/journal.pone.0303777. PMID: 38781260; PMCID: PMC11115311.

BASTOS, M. et al. **Obesidade e Doença Periodontal.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 5, n. 3, p. 275-279, 2005.

BERTOLIN, P. F. R. et al. **Doença periodontal e obesidade: existe alguma relação?** Ciências Médicas, 2010. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/-cienciasmedicas/article/view/830/810>>. Acesso em: 11 out. 2024.

BEZERRA, T. A. et al. **Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 637-651, 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 588, de 10 de agosto de 2018.** Atualiza e normatiza a atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de usuário e usuárias em ambiente interno aos serviços de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 ago. 2018. Disponível em: < <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018/> >. Acesso em: 26 mar. 2025.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre Consolidação das normas

sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo III – **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)** (Origem: PRT MS/GM 2715/2011). Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOIII> Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo I – Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.**: Capítulo II – das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Anexo I do anexo IV diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade. Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html>. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. **O impacto da obesidade.** Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-ter-peso-saudavel/noticias/2022/o-impacto-da-obesidade?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. **Relatório de Recomendação nº 837:** Liraglutida 3 mg para o tratamento de usuário e usuárias com obesidade e IMC acima de 35 kg/m², pré-diabetes e

alto risco de doença cardiovascular [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/Relatorio_837_liraglutida_obesidade.pdf >. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para a operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_politica_promocao_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf> >. Acesso em 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica – Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (Caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006 – 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção**

para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2021/resolucao-consolidacao-cit-01-2021.pdf/view>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 26 mar.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html>. Acesso em: 26 mar.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que atualiza as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec).** Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>>. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. **Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, 2022.** Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sa->

es/2022/prc0001_31_03_2022.html>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013.**

Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3134_17_12_2013.html>. Acesso em 27 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024.**

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3691_29_05_2024.html>. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e**

Materiais – OPM (PT/GM/MS nº 2.848 de 07 de novembro de 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 192 p.: il. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_abordagem_manejo_obesidade_sus.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios.** Brasília: CAISAN, 2014. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao usuário e usuária, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

DOUCETTE, W. R. et al. **Development and Initial Assessment of the Medication User Self-Evaluation (MUSE) Tool.** Clinical Therapeutics, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 344-350, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23453405/>>. Acesso em: 14 mar. 2025.

MINAS GERAIS. **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.983, DE 26 DE OUTUBRO DE 2022.**

Aprova as diretrizes de implantação da Política de Transporte Eletivo em Saúde do Estado de Minas Gerais – Transporta SUS-MG e dá outras providências. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=24019-deliberacao-cib-sus-mg-n-3-983-de-26-de-outubro-de-2022>. Acesso em: 27 mar. 2025.

MINAS GERAIS. **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.001, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2022. Aprova as diretrizes para a operacionalização do transporte eletivo em saúde nos territórios e normas gerais de adesão, execução e acompanhamento do cofinanciamento estadual no âmbito da Política de Transporte Eletivo em Saúde do Estado de Minas Gerais – Transporta SUS-MG.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2022. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=24095-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-001-de-09-de-novembro-de-2022>. Acesso em: 27 mar. 2025.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Projeto Saúde em Rede: guia das oficinas tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS): volume I.** 1. ed. rev. Belo Horizonte: ESP-MG, 2022. 122 p.

ESTIVALETI, J. M. et al. **Time trends and projected obesity epidemic in Brazilian adults between 2006 and 2030.** Scientific Reports, v. 12, n. 1, p. 12699, 2022.

FERREIRA, A. P. S. et al. **Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil.** Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/QVtDq9fGVsG7JjwDZrTcX-Fh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2025.

FRANÇA, Swellyn. **Obesidade e seus impactos na saúde bucal.** Jornal da APCD, 10 out. 2024. Disponível em: <<https://www.apcd.org.br/index.php/jornal-da-apcd/usuario-e-usuarias-em-foco/obesidade-e-seus-impactos-na-saude-buca>>. Acesso em: 13/03/2025.

FREITAS, F. M. N. O. et al. **Influência do aleitamento materno na prevenção da obesidade infantil.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 2, p. 39270, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/index.php/BJHR/article/download/39270/pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2025.

GILMONT, R. P.; & MODOLIN, M. L. **Cirurgia plástica pós-bariátrica: Impactos na saúde e qualidade de vida.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 36(4), 512-520, 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde

de Mato Grosso do Sul. Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Doenças Crônicas. Gerência de Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade. **Linha de Cuidado das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no Estado de Mato Grosso do Sul.** Mato Grosso do Sul, 2024.

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. Subdiretoria Técnica em Saúde. Coordenadoria de Doenças e Condições Crônicas. Núcleo de Sobrepeso e Obesidade. **Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade no Estado de Rondônia.** Porto Velho, 2024.

GUPTA, M.; AGARWAL, M. **Understanding medication errors in the elderly.** New Zealand Medical Journal, v. 126, n. 1385, p. 62–70, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017–2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: Atenção Primária à Saúde e informações antropométricas 2019.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KITTS, N. K. et al. **Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role.** Consultant Pharmacist, v. 29, n. 3, p. 179–190, 2014.

LINGVAY, I. et al. **Obesity in adults.** The Lancet, v. 404, n. 10456, p. 972–987, 2024.

LOPES, I. C. et al. **Predisposição Genética a Obesidade / Genetic Predisposition to Obesity.** Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 578–585, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n1-048. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/42570>>. Acesso em: 13 mar. 2025.

LOUZADA, M. L. da C. et al. **Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018.** Revista de Saúde Pública, v. 57, p. 12, 2023. doi: 10.11606/s1518-8787.2023057004744. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/4NgBXsYpKjrkHvCBJ876P8F/?lang=pt>>. Acesso em: 5 nov. 2024.

LUI, S. et al. **Shaping global health promotion: a comprehensive analysis of the 10 Global Conferences on Health Promotion Conferences (1986–2021).** Global Health Journal, v. 8, n. 2, p. 91–96, 2024. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S241464472400023X>>. Acesso em: 13 fev. 2025.

MARTINS, R. B. M. et al. **Características sociodemográficas associadas ao baixo peso e ao excesso de peso em adultos com 50 anos ou mais (ELSI-Brasil): diferenças entre sexos.** Cadernos de Saúde Pública, [S. l.], v. 40, n. 1, p.

e00037023, 2024.

MARQUES, R. J. R. et al. **Análise do trabalho em equipe multiprofissional para ações de alimentação e nutrição na atenção básica.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 1, p. e0024172, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00241>>. Acesso em: 14 jan. 2025.

MARSICANO, J. A. et al. **Interfaces entre cirurgia bariátrica e saúde bucal: estudo longitudinal.** Acta Cirúrgica Brasileira, v. 26, supl. 2, p. 79-83, 2011. Disponível em: <<https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1172>>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MATOS, Marco Antônio Bragança de; BARRA, Rubia Pereira; LOPES, Priscila Rodrigues Rabelos. Anexo. **A integração entre a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada. Planifica SUS, 2019.** Disponível em: <https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa5_aae_anexo7.pdf> Acesso: em 25 mar. 2025.

MELO, L. T. R. et al. **Tempo adequado do aleitamento materno pode prevenir doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta.** Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 4, p. 1846-1855, 2022. Disponível em: <<https://ojs.brazilian-journals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/49892>>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MELLO, V. P. **Planilha para estratificação de risco e proposta para um grupo de acompanhamento de autocuidado nas condições crônicas na APS. 2015.** Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: OPAS, 2012. 512 p.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil.** Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 27 dez. 2024.

NAVARRO, F.; MAZUR, C. F. **Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação?** Saúde (Santa Maria), v. 41, n. 2, p. 35-44, 2015.

NEVES, M. C.; OLIVEIRA, J. S. **Influência da cirurgia plástica pós-bariátrica na manutenção da perda de peso e autoestima dos usuário e usuárias.** International Journal of Plastic Surgery, 45(2), 134-142, 2020.

ONITA, B. M. et al. **Fatores sociodemográficos e comportamentais da obesida-**

de: um estudo longitudinal. Cadernos de Saúde Pública, v. 40, n. 7, p. e00103623, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Educação Permanente para a Promoção da Saúde.** Brasília: OPAS, 2024. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/61494>>. Acesso em: 4 mar. 2025.

PAINEL DE INDICADORES DE SAÚDE – **PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE.** Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física. **Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade Adulto.** 1. ed. Curitiba: SESA, 2022.

PINHEIRO, T. L. F. et al. **Associação entre etnia e sobrepeso/obesidade populacional no Brasil.** Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/198948/192742>>. Acesso em: 12 nov. 2024.

ROCHA, A. P.; SILVA, M. A. **Abordagem multidisciplinar no pós-operatório de cirurgia bariátrica e sua relação com a cirurgia plástica reparadora.** Journal of Bariatric and Metabolic Surgery, 15(1), 78-86, 2019.

RODRIGUES, L. S. et al. **Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021).** Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 7, p. e00240322, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT240322>>. Acesso em: 14 nov. 2024.

ROSA, S. C. et al. A. **Quality of life and predictive factors for complications in patients undergoing abdominoplasty after gastric bypass: A retrospective cohort.** National Library of Medicine, v. 15, n. 3, p. 447-455, mar. 2019. DOI: 10.1016/j.soard.2018.12.034. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30718107/>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Documento Norteador da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – eMulti** (Portaria GM/MS nº 635/MS de 22 de maio de 2023) Equipe Multiprofissional da Atenção Básica – EMAB (Denominação adotada na versão anterior deste Documento Norteador). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload-saude/emulti_documento_norteador_dez23.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SAVASSI, L. C. M. et al. **Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi.** Journal of Management & Primary Health Care, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2013. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>>. Acesso em: 26 fev. 2025.

SAVASSI, L. C. M. et al. **Escala de Coelho-Savassi**. Sentinelas de Risco. Definições das Sentinelas e Escore de Risco. 2012. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-do-cumentos/atencao-basica/nucleos/nucleo-de-fortalecimento-da-aps/planificasus/workshops-e-oficinas-tutoriais/territorio-e-gestao-com-base-populacional/oficina-tutorial-etapa-2-1/16847-aps-escala-de-coelho-e-savassi/file>>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVA, D. F. et al. **Consumo de alimentos processados/ultraprocessados e in natura/minimamente processados e sua relação com o estado nutricional de adultos**. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 13, n. 80, p. 768-779, 2019. Disponível em: <<https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1172>>. Acesso em: 4 mar. 2025.

SWINBURN, B. A. et al. **The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report**. The Lancet, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

THE LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY COMMISSION. **Redefining obesity: advancing care for better lives**. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Londres, v. 13, n. 2, p. 75, 2025. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00004-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00004-X). Acesso em: 19 fev. 2025.

TINÓS, A. M. F. G. et al. **Impacto da cirurgia bariátrica em ansiedade e condições bucais de indivíduos obesos: um estudo de coorte prospectivo**. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 34, n. 3, p. e1615, 2021. doi: 10.1590/0102-672020210002e1615.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde. Diretoria de Atenção Primária. **Linha de Cuidado da Pessoa com Sobrepeso e Obesidade do Estado do Tocantins**. Tocantins, 2024.

TOMA, T. S. et al. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências**. Cadernos de Saúde Pública, [S. l.], v. 24, p. s235-s246, 2008.

TRAEBERT, J. et al. **Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária**. Revista de Nutrição, v. 17, n. 2, p. 247-253, 2004. doi: 10.1590/S1415-52732004000200011.

VIEIRA, D. K. R. et al. **Compartilhamento do Cuidado entre os Níveis da Atenção à Saúde: ambulatório especializado e Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/IFF, 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/i-cict/45533>>. Acesso em: 21 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Controlling the global obesity epidemic.** 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>>. Acesso em: 4 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight. 2024.** Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 4 mar. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Qualidade de dados em registro de Atenção Primária à Saúde: curso para enfermeiros, médicos e odontólogos.** Universidade Federal de Minas Gerais. Ministério da Saúde. 1. ed. Belo Horizonte: UFMG; MS, 2020.



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.