



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SES - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Resolução nº 1194/2025 - CIB

Goiânia, 01 de outubro de 2025

Aprova a Nota Técnica de Obesidade.

A Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, no uso das atribuições regimentais que lhe foi conferida e considerando:

- 1 – A Constituição Federal de 1988, artigos 196 ao 200 que tratam do Sistema Único de Saúde – SUS;
- 2 – A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- 3 – A Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre o Pacto pela Saúde, no componente Pacto de Gestão, determinando que as Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intra estaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;
- 4 – O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- 5 – A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 010, de 8 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 6 – A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 023, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- 7 – A Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- 8 – A Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 9 – A Portaria de Consolidação nº 05/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 10 – As discussões na reunião do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, do dia 15 de setembro de 2025.

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar em Reunião Ordinária, do dia 18 de setembro de 2025, de forma online, a Nota Técnica de Obesidade.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

**REPRESENTAÇÃO ESTADUAL
RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR**

Secretário de Estado da Saúde

**REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL
PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**

Presidente do COSEMS

ANEXO**NOTA TÉCNICA**

Assunto: Nota técnica conjunta para definir critérios para organização da assistência aos indivíduos com sobrepeso e obesidade no cuidado integral à saúde no Estado de Goiás.

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios para a organização da assistência aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, no âmbito do cuidado integral à saúde, contemplando as redes de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no Estado de Goiás.

2. RASTREAMENTO

Para fortalecer a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, é fundamental realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em todas as oportunidades de contato do usuário com a unidade de saúde ou com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). A identificação precoce de desvios ou comportamentos de risco relacionados ao excesso de peso permite organizar a oferta de intervenções de forma oportuna e adequada¹.

O rastreamento deve ser realizado por meio da coleta de dados antropométricos — especialmente peso e altura/estatura — e do preenchimento dos Marcadores de Consumo Alimentar, formulário destinado à identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis. Há três versões do formulário, voltadas a diferentes faixas etárias:

- Crianças menores de seis meses;
- Crianças de seis a 23 meses e 29 dias;
- Crianças a partir de dois anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

Essas informações podem ser obtidas durante atendimentos rotineiros da APS, como nas consultas de crescimento e desenvolvimento infantil, pré-natal, consultas de rotina, durante visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, ações nas escolas, entre outros. Os dados devem ser inseridos nos sistemas e-SUS (Sistema de Coleta de Dados Simplificados ou Prontuário Eletrônico do Cidadão) ou

diretamente no SISVAN, via e-Gestor², no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, conforme seus respectivos manuais^{3,4}, ou ainda em sistemas próprios dos municípios. O cadastro de gestores e técnicos nesses sistemas deve ser realizado conforme orientações de manual específico³.

Recomenda-se o rastreamento periódico de dados antropométricos e marcadores de consumo alimentar de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, conforme o quadro a seguir.

Quadro 1. Recomendação de rastreamento nutricional de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

| Público-alvo | Dados a serem coletados | Periodicidade | Sistemas de Registro |
|--------------|---|--|--|
| Crianças | <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Altura; • Marcadores consumo alimentar | Conforme o calendário mínimo de consultas da Caderneta de Saúde da Criança: aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses. A partir dos 2 anos, recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro por ano. | E-SUS (Prontuário Eletrônico do Cidadão e Fichas CDS); Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família; |
| Adolescentes | <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Altura; • Marcadores consumo alimentar. | No mínimo, um registro por ano. | Sistema próprio do município desde que os dados integrem com o SISAB; |
| Adultos | <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Altura; • Circunferência da cintura; • Marcadores consumo alimentar. | No mínimo, um registro por ano. | SISVAN |
| Idosos | <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Altura; • Perímetro da panturrilha • Marcadores consumo alimentar. - Peso | No mínimo, um registro por ano. | |
| Gestantes | <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Altura; • Marcadores consumo alimentar. | Conforme calendário de consultas durante pré-natal: <ul style="list-style-type: none"> • Mensalmente, até a 28ª semana; • Quinzenalmente, da 28ª semana até a | |

- | | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 36ª semana; • Semanalmente, da 36ª semana até a 41ª semana. |
|--|--|--|

Fonte: Adaptado de Brasil et al. (2023)⁵

3. DIAGNÓSTICO

O critério mais utilizado para avaliação do sobrepeso e da obesidade, tanto na prática clínica quanto em estudos populacionais, é o Índice de Massa Corporal (IMC). Esse indicador apresenta boa correlação com o desenvolvimento de doenças crônicas e com a mortalidade.

A aferição das medidas antropométricas — peso e altura — utilizadas no cálculo do IMC e de outros indicadores deve seguir as orientações do documento “Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde”⁵. A fórmula para o cálculo do IMC é:

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

A classificação do IMC é apresentada a seguir, com a estratificação de risco e o fluxo assistencial de acordo com o ciclo de vida. Cabe destacar que a classificação e a estratificação de risco para gestantes estão detalhadas em nota técnica específica sobre o tema (Nota Técnica de Gestantes – SEI/Processo nº 202400010063951).

4. METAS DE CONTROLE

O acompanhamento de indivíduos com sobrepeso e obesidade deve ter como objetivos principais:

- Reduzir a gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra;
- Promover a manutenção da perda de peso alcançada;
- Prevenir o reganho de peso;
- Oferecer educação alimentar e nutricional que favoreça a perda de peso por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis;
- Reduzir os fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade, como hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabetes ou diabetes mellitus;
- Melhorar outras comorbidades relacionadas, como apneia obstrutiva do sono, osteoartrite e risco neoplásico;
- Favorecer a recuperação da autoestima;
- Aumentar a capacidade funcional e a qualidade de vida⁶.

Recomenda-se uma redução mínima de 5 a 10% do peso corporal como meta inicial para melhora do perfil metabólico, utilizando metas progressivas e realistas, pactuadas conjuntamente entre profissional de saúde e paciente⁶.

Considera-se que o tratamento não obteve sucesso quando o indivíduo, ao longo de dois anos de acompanhamento na APS, não atinge a redução de peso preconizada (5 a 10%) nem apresenta melhora das comorbidades associadas¹.

5. COMORBIDADES ASSOCIADAS AO SOBREPESO E A OBESIDADE

O sobre peso e a obesidade estão associados a diversas comorbidades de saúde e são reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento de outras enfermidades⁶. Na Tabela 1 estão apresentadas essas comorbidades conforme a faixa etária e o tipo de tratamento indicado.

Tabela 1. Comorbidades no sobre peso e obesidade conforme faixa etária e tipo de tratamento

| Crianças de 0 a 10 anos incompletos, adolescentes de 10 a 20 anos incompletos, adultos e idosos encaminhados para AAE* | Adolescentes de 16 a 18 anos, adultos e idosos com critérios para tratamento cirúrgico da obesidade |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão • Dislipidemia • Resistência à Insulina | <ul style="list-style-type: none"> • Alto risco cardiovascular • Diabetes Mellitus • Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle • Apneia do sono • Doenças articulares degenerativas |

*AAE: Atenção Ambulatorial Especializada

5.1. Síndrome Metabólica

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo caracterizado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, geralmente associados à deposição central de gordura e à resistência à insulina. Entre os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da SM estão a predisposição genética, a alimentação inadequada e a inatividade física⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) formularam definições distintas para a SM. A definição proposta pela OMS tem como critério inicial a presença de resistência à insulina ou distúrbios no metabolismo da glicose. Já a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM) adotou a definição do NCEP-ATP III, segundo a qual a SM é diagnosticada pela presença de, no mínimo, três dos componentes listados no Quadro 2⁷.

Quadro 2. Componentes da SM segundo NCEP-ATP III⁷.

| Componentes | Níveis |
|--|-----------------------|
| Obesidade abdominal por meio de circunferência abdominal | |
| Homens | >102 cm |
| Mulheres | > 88 cm |
| Triglicerídeos | > 150 mg/dL |
| HDL Colesterol | |
| Homens | <40 mg/dL |
| Mulheres | <50 mg/dL |
| Pressão Arterial | ≥130 mmHg ou ≥85 mmHg |
| Glicemia de jejum | > 110 mg/dL |

A presença de Diabetes Mellitus não exclui o diagnóstico de SM

A adoção precoce, por toda a população, de estilos de vida voltados para a promoção da saúde — como alimentação adequada e prática regular de atividade física, preferencialmente desde a infância — constitui um dos principais pilares na prevenção da Síndrome Metabólica (SM)⁷.

O sobrepeso e a obesidade estão associados a um aumento do risco de comorbidades metabólicas, como elevação da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos, e resistência à insulina. Diante desse cenário, torna-se fundamental a realização de exames laboratoriais para o diagnóstico e o manejo de morbidades associadas.

6. PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL PARA APOIO AO DIAGNÓSTICO DE COMORBIDADES RELACIONADAS AO SOBREPESO E À OBESIDADE

6.1. Glicemia e hemoglobina glicada

No atendimento nutricional, é importante investigar a presença de sintomas clássicos de diabetes, como: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Associadamente, os exames laboratoriais recomendados para diagnóstico do diabetes e para monitoramento glicêmico são: glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose e glicemia casual⁸.

Os valores de referência para os parâmetros de glicemia e hemoglobina glicada estão descritos na Nota Técnica de Diabetes.

6.2. Perfil lipídico

A avaliação do perfil lipídico (lipidograma) é utilizada para diagnóstico de dislipidemias. Os exames de colesterol total, frações (HDL, LDL, VLDL) e triglicerídeos podem ser solicitados conforme a necessidade individual dos usuários com sobrepeso ou obesidade em acompanhamento ou tratamento⁶. Os valores de referência para adultos com mais de 20 anos, bem como os valores-alvo terapêuticos conforme o risco cardiovascular, estão descritos na Nota Técnica de Dislipidemia.

6.3. Circunferência da cintura (CC)

A medida da circunferência da cintura é utilizada para avaliar a distribuição da gordura intra-abdominal, sendo considerada um marcador de risco cardiometaobólico aumentado.

A aferição deve ser realizada com fita métrica, posicionada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, com o indivíduo em posição ereta e em expiração. Na impossibilidade de identificar essa referência anatômica, a medida deve ser realizada a 2 cm acima da cicatriz umbilical⁶.

Quadro 9. Classificação de risco cardiometaobólico conforme medida de circunferência da cintura.

| Sexo | Risco elevado | Risco muito elevado |
|-------------|----------------------|----------------------------|
| Mulheres | ≥ 80,0 cm | ≥ 88,0 cm |
| Homens | ≥ 94,0 cm | ≥ 102,0 cm |

Fonte: Ministério da Saúde (2021)¹.

6.4. Relação Cintura-Quadril (RCQ)

Estudos indicam que a relação cintura-quadril (RCQ), acompanhado da circunferência da cintura (CC), é um melhor indicador para o rastreamento de doenças cardiovasculares do que o índice de massa corporal

(IMC), uma vez que ambos refletem a distribuição da gordura corporal. Apesar disso, o IMC continua sendo amplamente utilizado na prática clínica⁹.

A RCQ é obtida dividindo-se a circunferência da cintura (conforme explicado anteriormente) pela circunferência do quadril (CQ), utilizando-se a mesma unidade de medida para ambas.

A CQ deve ser aferida com uma fita métrica inelástica, posicionada horizontalmente, sem compressão, no ponto de maior proeminência sobre as nádegas.

Os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a RCQ são:

- $\geq 0,90$ em homens
- 0,85 em mulheres

Esses valores indicam risco significativamente aumentado para complicações metabólicas^{9,10}.

6.5. Relação Cintura-Estatura (RCE)

A relação cintura/estatura (RCE) $\geq 0,5$ é um índice simples e eficaz para identificar risco metabólico elevado. A recomendação é que o valor da circunferência da cintura seja inferior à metade da estatura, como forma de prevenção de fatores de risco cardiovasculares.

Devido à sua simplicidade e à existência de um único ponto de corte, a RCE é considerada uma ferramenta prática para o acompanhamento da adiposidade abdominal na população^{11,12}.

6.6. Pressão Arterial

Os critérios diagnósticos para hipertensão arterial estão descritos na Nota Técnica de Hipertensão.

6.7. Risco Cardiovascular

Considerando o risco aumentado de comorbidades em indivíduos com sobrepeso ou obesidade, recomenda-se o uso do Estrato de Risco Global de Framingham revisado (ERG), que verifica o risco de ocorrer um evento coronariano, cerebrovascular, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca em 10 anos. Link para acesso à calculadora de risco cardiovascular: <https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/>. Os critérios para o cálculo encontram-se a Nota Técnica e Diabetes.

7. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E FLUXO DA ASSISTÊNCIA POR CICLO DA VIDA

O rastreamento na Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser realizado com o objetivo de identificar indivíduos com sobrepeso e obesidade. Para isso, o profissional de saúde deve realizar, além da avaliação antropométrica, a análise de marcadores de consumo alimentar, investigar a presença de doenças ou o uso de medicamentos que possam favorecer o ganho de peso, e avaliar a gravidez, as comorbidades e os fatores de risco associados, a fim de definir o manejo terapêutico mais adequado para cada caso.

Durante esse processo contínuo de avaliação, monitoramento e reavaliação, o profissional da APS deve considerar a necessidade de articulação com outros profissionais e dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, oferecendo aos usuários um conjunto de estratégias viáveis e sustentáveis.

A seguir, são apresentados os critérios de estratificação de risco para usuários com sobrepeso e obesidade, organizados por ciclo da vida, bem como o fluxo de encaminhamento recomendado.

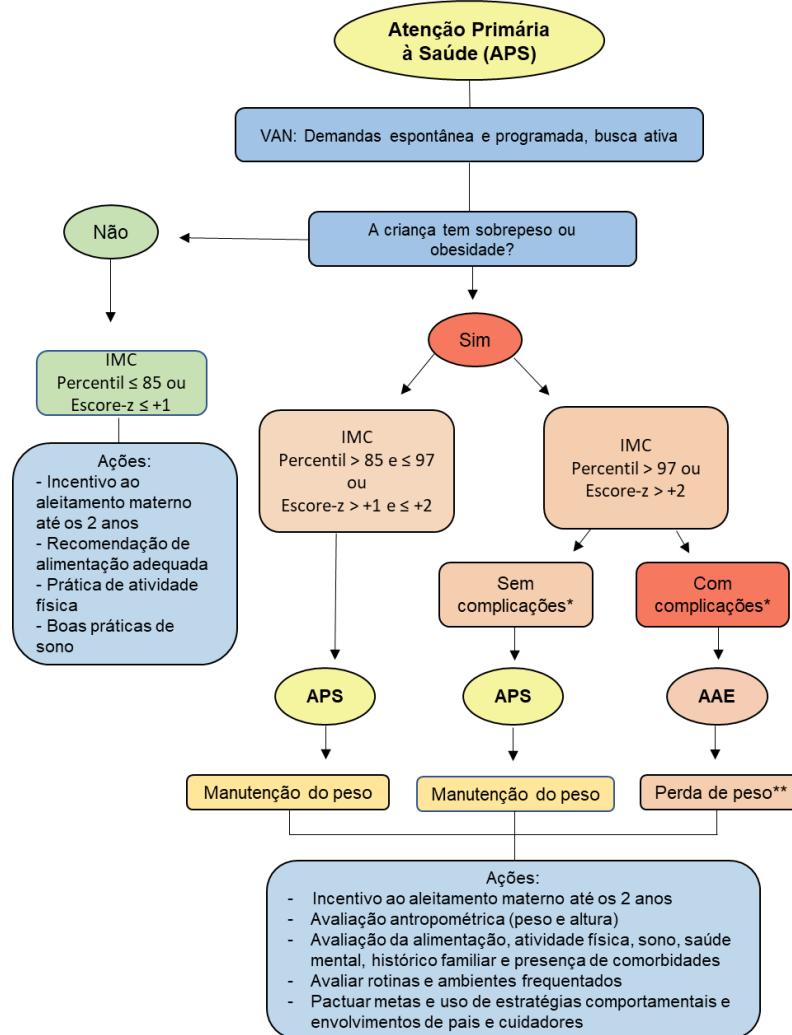
Quadro 2. Estratificação de risco de crianças e adolescentes conforme Índice de Massa Corporal (IMC) para idade.

| Valores críticos | | 0 a 5 anos incompletos | 5 a 20 anos incompletos |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Percentil | Escore Z | IMC para idade | IMC para idade |
| ≥ Percentil 3 e < Percentil 15 | ≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1 | Eutrofia | Eutrofia |
| ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85 | ≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1 | | |
| > Percentil 85 e ≤ Percentil 97 | > Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2 | Risco de sobrepeso | Sobrepeso |
| > Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9 | > Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3 | Sobrepeso | Obesidade |
| > Percentil 99,9 | > Escore-z +3 | Obesidade | Obesidade grave |

Fonte: Adaptado de Brasil (2014)¹³ e Brasil (2021)¹⁴.

Legenda: Verde - baixo risco, Amarelo - risco moderado, Vermelho - risco alto.

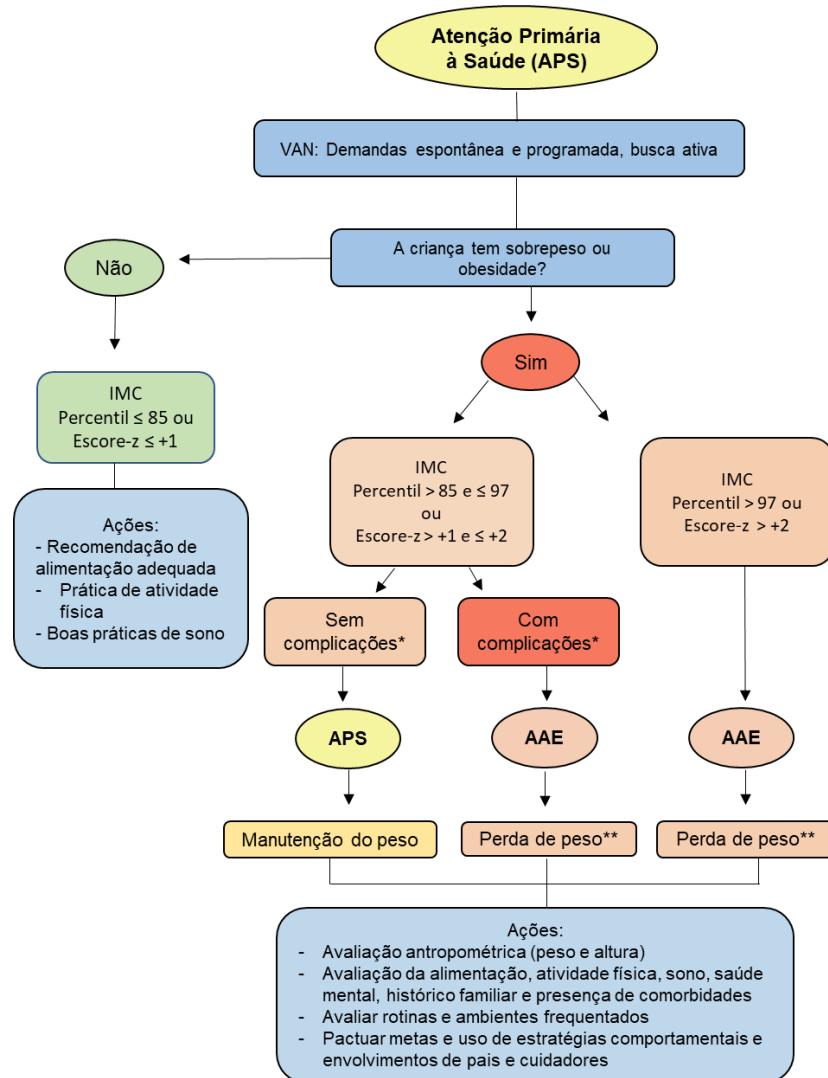
Nas Figuras 1 e 2 são apresentados os fluxos de encaminhamento de crianças e adolescentes conforme Índice de Massa Corporal na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada.



Fonte: Adaptado de Brasil

(2014)¹³.

Figura 1. Fluxo de encaminhamento de crianças menores de 5 anos conforme Índice de Massa Corporal na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada.



Fonte: Adaptado de Brasil (2014)¹³

Figura 2. Fluxo de encaminhamento de crianças de 5 a 10 anos incompletos e adolescentes de 10 a 20 anos incompletos conforme Índice de Massa Corporal na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada.

7.2. ADULTOS E IDOSOS

Quadro 3. Estratificação de risco de adultos conforme faixa de Índice de Massa Corporal (IMC).

| Faixa de IMC | Classificação | Estratificação de risco | |
|--------------------------------|---------------|--|--|
| | | Sem comorbidades e/ou Autocuidado suficiente | Com comorbidades e/ou Autocuidado insuficiente |
| 18,0 a 24,99 kg/m ² | Eutrofia | Baixo | Moderado |

| | | | |
|--------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| 25,0 a 29,99 kg/m ² | Sobrepeso | Moderado | Alto |
| 30,0 a 34,99 kg/m ² | Obesidade grau I | Alto | Muito alto |
| 35,0 a 39,99 kg/m ² | Obesidade grau II | Muito alto | Muitíssimo alto |
| ≥ 40,0 kg/m ² | Obesidade grau III | Muitíssimo alto | Muitíssimo alto |

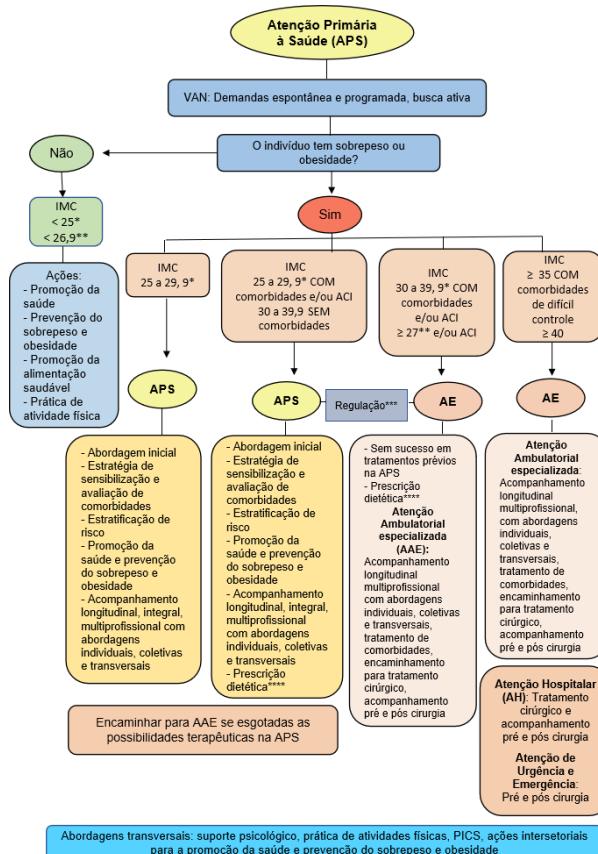
Fonte: Adaptado de ABESO (2016)¹⁵ e Ministério da Saúde (2020)⁶.

Quadro 4. Estratificação de risco de idosos conforme faixa de Índice de Massa Corporal (IMC).

| Faixa de IMC | Classificação | Estratificação de risco | |
|-------------------------------|---------------|--|--|
| | | Sem comorbidades e/ou Autocuidado suficiente | Com comorbidades e/ou Autocuidado insuficiente |
| < 22,0 kg/m ² | Baixo peso | Baixo | Moderado |
| 22,0 a 26,9 kg/m ² | Eutrofia | Baixo | Moderado |
| ≥ 27 kg/m ² | Sobrepeso | Alto | Muito alto |

Fonte: Adaptado de Brasil (2014)¹³ e Ministério da Saúde (2020)⁶.

Na Figura 3 é apresentado o fluxo de atendimento de adultos e idosos conforme Índice de Massa Corporal na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada.



*Adulto; **Idoso
***Regulação: sistemas de apoio e sistemas logísticos: exames complementares ao diagnóstico e tratamento, e transporte sanitário.
****Quando necessário, após avaliação com nutricionista da equipe multiprofissional
Legenda:
APS: Atenção Primária à Saúde
VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional
ICM: Índice de Massa Corporal (Kg/m^2)
AE: Atenção especializada
AAE: Atenção Ambulatorial Especializada
ACI: Autocuidado insuficiente
AH: Atenção hospitalar

Abordagens individuais: acompanhamento individual com equipe multiprofissional
Abordagens coletiva: atividades em grupo para manejo da condição de sobre peso e obesidade
Abordagens transversais: atividades a serem realizadas simultaneamente durante todo o tratamento e acompanhamento (atividade física, suporte psicológico, atividades intersetoriais, PICS)

Fonte: Adaptado de Brasil (2014)¹³ e

Ministério da Saúde (2020)⁶.

7.1 Frequência de atendimento na APS conforme estratificação de risco

No quadro a seguir, apresenta-se uma proposta de organização dos atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando consultas, atividades e exames recomendados conforme a estratificação de risco por ciclo da vida.

Destaca-se que é responsabilidade da APS manter o vínculo e o acompanhamento contínuo de todas as pessoas com sobre peso e obesidade, inclusive daquelas que estejam sendo acompanhadas por serviços de atenção especializada ambulatorial e/ou hospitalar. A APS é a porta de entrada e o principal coordenador do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, sendo fundamental na vigilância, promoção da saúde, prevenção de agravos e no monitoramento longitudinal dos usuários.

Quadro 5. Proposta de atendimento de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, conforme estratificação de risco por ciclo da vida

| Fase da vida | Atendimentos | Características do Atendimento na APS e AE |
|---|--------------|--|
| Crianças de baixo/moderado risco | | |

| | | |
|--|--|---|
| Recém-nascido (até 29 dias de vida) com > 2500g até 12 meses | 3 consultas médicas/ ano 4 consultas de enfermagem/ ano 2 atividades educativas/ ano (para mãe ou responsável) | Monitorar crescimento; aleitamento materno; alimentação e investigar anemia na APS |
| 1 aos 2 anos | 1 consulta médica/ ano 2 consultas de enfermagem/ ano 1 atividade educativa/ ano (para mãe ou responsável) | Monitorar crescimento; aleitamento materno; alimentação e investigar anemia na APS |
| ≥ 2 a <10 anos | 1 consulta médica/ ano 1 atividade educativa/ ano (para mãe ou responsável) | Monitorar crescimento; alimentação; e investigar anemia na APS Crianças ≥ 5 anos com sobre peso com complicações compartilhar o cuidado com a AAE |
| Crianças de alto risco | | |
| ≥ 1 mês a < 12 meses | 3 consultas médicas/ ano 4 consultas de enfermagem/ ano 2 atividades educativas/ ano (para mãe ou responsável) 1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano | Monitorar crescimento, aleitamento materno; pressão arterial; glicemias e investigar anemia na APS |
| 12 a < 24 meses | 1 consulta médica/ ano 2 consultas de enfermagem/ ano 1 atividade educativa/ ano (para mãe ou responsável) 1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano | Obesidade com complicações compartilhar o cuidado com a AAE |
| ≥ 2 a <10 anos | 1 consulta médica/ ano 1 atividade educativa/ ano (para mãe ou responsável) 1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano | Monitorar crescimento; pressão arterial; e glicemias na APS Obesidade compartilhar o cuidado com a AAE |
| Adolescentes (≥ 10 a < 20 anos) | | |
| Baixo/moderado risco | 1 consulta médica/ ano 2 consultas de enfermagem/ ano 4 atividades educativas/ ano | Monitorar crescimento, alimentação e investigar anemia na APS Sobre peso com complicações compartilhar o cuidado com a AAE |
| Alto risco | 1 consulta médica/ ano 2 consultas de enfermagem/ ano 4 atividades educativas/ ano 6 consultas de nutrição/ ano | Monitorar crescimento, pressão arterial, glicemias e investigar práticas alimentares, |

| | | |
|---|---|---|
| | 1 lipidograma completo/ ano maturação sexual, anemia e atividade física | Obesidade compartilhar o cuidado com a AAE |
| Adultos (≥ 20 e < 59 anos) | | |
| Baixo/moderado risco | No mínimo, um registro por ano de antropometria e marcadores do consumo alimentar Não há previsão de consultas para indivíduos sem risco nutricional ou de saúde aparente 5 atividades coletivas/ ano | Monitorar peso, IMC, circunferência da cintura e marcadores de consumo alimentar e acompanhamento multiprofissional em grupos terapêuticos sistemáticos de promoção da saúde na APS |
| Alto/muito alto risco | 1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano 5 atividades coletivas/ ano <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com Diabetes Mellitus: 4 consultas médicas/ano 6 consultas de enfermagem/ano 4 consultas de nutrição/ano 6 atividades educativas/ano 4 glicemias em jejum/ano 1 lipidograma completo/ano <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com Hipertensão Arterial: 2 consultas médicas/ano 6 consultas de enfermagem/ano 2 consultas de nutrição/ano 6 atividades educativas/ano 4 glicemias em jejum/ano 1 lipidograma completo/ano | Acompanhamento multiprofissional conforme demandas e necessidades individuais, de maneira sistemática na APS Obesidade com complicações compartilhar o cuidado com a AE |
| Idosos (≥ 60 anos) | | |
| Baixo/moderado risco | No mínimo, um registro por ano de antropometria e marcadores do consumo alimentar 3 consultas médicas/ ano 3 consultas de enfermagem/ ano 2 atividades educativas/ ano 1 hemograma completo/ano 1 glicemia em jejum/ano 1 lipidograma completo/ano | Monitorar alimentação e alterações de peso corporal na APS |
| Alto risco | 3 consultas médicas/ ano 3 consultas de enfermagem/ ano 1 consulta de nutrição/ bimestre 2 atividades educativas/ ano 1 hemograma completo/ano 1 glicemia em jejum/ano 1 lipidograma completo/ano | Acompanhamento multiprofissional conforme demandas e necessidades individuais, de maneira sistemática na APS Sobre peso compartilhar o cuidado com a AAE |

AAE: atenção ambulatorial especializada, IMC: índice de massa corporal, AE: atenção especializada (ambulatorial ou hospitalar) Fonte: Adaptado de Brasil (2008)¹⁶ e Brasil (2021)¹.

Para todas as faixas etárias e estratos de risco, deve-se realizar acompanhamento complementar com abordagens transversais, conforme as necessidades identificadas dos usuários e de suas famílias. Essas abordagens incluem, entre outras:

- aconselhamento sobre atividade física e/ou prescrição de exercício físico;
- participação no Programa Academia da Saúde;
- oferta de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS);
- apoio psicossocial;
- abordagem familiar;
- e o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde e ao enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

7.2. Gestão de casos

A gestão de casos é indicada, em geral, para pessoas com condições crônicas complexas e/ou de alto risco, caracterizadas por complicações já estabelecidas que impactam significativamente a qualidade de vida, associadas à baixa capacidade de autocuidado, o que exige também o envolvimento da família no processo de cuidado¹³.

No contexto do sobrepeso e da obesidade, devem ser considerados para gestão de caso os indivíduos com indicação cirúrgica para tratamento da obesidade. Após a realização do procedimento cirúrgico e durante o acompanhamento pós-operatório, é fundamental que o paciente seja contra-referenciado à Atenção Primária à Saúde (APS) para continuidade do cuidado de forma longitudinal e integrada.

8. ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL NA APS E AAE

É fundamental que indivíduos com comorbidades descompensadas recebam manejo clínico adequado, visando à estabilização dessas condições. Quanto maior o estrato de risco, mais intensivo deve ser o cuidado, com maior número de consultas e a incorporação de abordagens transversais e coletivas.

Nesse contexto, torna-se essencial que o Plano de Cuidados seja construído pela equipe multiprofissional, e que, em casos de encaminhamento à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), este plano seja compartilhado entre as equipes dos diferentes níveis de atenção.

Destaca-se, ainda, a importância das estratégias de mudança de comportamento e estilo de vida no tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como o fortalecimento da capacidade de autocuidado por meio da elaboração conjunta, com o paciente, do Plano de Autocuidado Apoiado.

Para subsidiar as condutas clínicas e organizativas, recomenda-se a leitura do Caderno de Atenção Básica nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica¹⁷.

9. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO E OUTRAS ESTRATÉGIAS

A prática regular de atividade física, iniciada na fase de perda de peso e mantida durante a fase de estabilização, aliada à alimentação adequada e saudável e ao suporte psicológico, constitui um conjunto de estratégias fundamentais para a redução e manutenção do peso corporal a longo prazo.

É essencial que o plano terapêutico seja individualizado, considerando as necessidades, condições de saúde, contexto de vida e preferências da pessoa com sobrepeso ou obesidade. O usuário deve ser protagonista de seu cuidado, sendo envolvido ativamente em todas as etapas do processo de tratamento e nas decisões clínicas relacionadas.

Essa abordagem integral e centrada na pessoa favorece maior adesão às mudanças no estilo de vida e contribui para a melhoria dos desfechos em saúde⁶.

9.1. Alimentação

Um dos alicerces para o controle e prevenção do excesso de peso e da obesidade reside na promoção da alimentação adequada e saudável constitui um dos pilares fundamentais para a prevenção e o controle do excesso de peso e da obesidade. Dietas excessivamente restritivas, artificiais e rígidas não são sustentáveis e podem representar riscos, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade, uma vez que desconsideram as necessidades nutricionais individuais, os hábitos de vida e as características culturais dos usuários.

É papel dos profissionais de saúde orientar os usuários a reduzir estrategicamente o consumo de determinados alimentos, promovendo um padrão alimentar saudável, atrativo e viável.

Os alimentos disponíveis para consumo podem ser classificados em quatro grupos, segundo o grau de processamento:

- Alimentos in natura ou minimamente processados: obtidos diretamente de plantas ou animais, sem modificações ou submetidos a processos como limpeza, secagem, congelamento, pasteurização, moagem, entre outros, sem adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou substâncias industriais;
- Ingredientes culinários processados: produtos extraídos de alimentos in natura (como sal, açúcar, óleos e gorduras), usados para temperar, cozinhar ou preparar refeições caseiras.
- Alimentos processados: produzidos com a adição de ingredientes culinários (como sal, açúcar ou óleo) a alimentos in natura ou minimamente processados, utilizando métodos de conservação como enlatamento, engarrafamento ou fermentação não alcoólica (ex.: pães, queijos, conservas);
- Alimentos ultraprocessados: formulações industriais com múltiplos ingredientes, como sal, açúcar, óleos, gorduras e substâncias exclusivas da indústria alimentícia (ex.: xarope de milho, maltodextrina, proteína isolada, corantes, aromatizantes, emulsificantes, adoçantes)⁶ ;

Para mais informações, recomenda-se a leitura do:

- [Guia Alimentar para a População Brasileira \(2ª edição\)](#)
- [Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos \(versão resumida\)](#)

De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira e outras publicações do Ministério da Saúde, deve-se priorizar o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados. O consumo frequente de alimentos ultraprocessados está associado ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo a obesidade. Já os alimentos processados devem ser consumidos com moderação, e os ultraprocessados, evitados sempre que possível⁶.

Além disso, foram desenvolvidos protocolos específicos para apoiar o uso do Guia Alimentar pelos profissionais de saúde nos diferentes ciclos e eventos do curso da vida. Um exemplo é o protocolo “Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Bases Teóricas e Metodológicas”, que pode subsidiar a atuação das equipes da APS no cuidado às pessoas com DCNT¹⁸.

9.2. Prática de atividade física

A atividade física compreende todos os movimentos corporais intencionais realizados ao longo do dia, seja nos momentos de lazer, nos deslocamentos, nos afazeres domésticos, no ambiente de trabalho ou de estudo. São exemplos de atividade física: esportes, brincadeiras, jogos, danças, caminhadas e práticas corporais diversas.

O exercício físico, por sua vez, refere-se à atividade física realizada de forma planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de promover a melhoria ou manutenção da aptidão física⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que adultos e idosos pratiquem, semanalmente:

- 150 minutos de atividade física de intensidade moderada, ou 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa, podendo-se combinar ambos os níveis de intensidade.
- Para benefícios adicionais à saúde, também se recomenda a realização de atividades de fortalecimento muscular com intensidade moderada ou superior, envolvendo todos os principais grupos musculares, em dois ou mais dias por semana⁶.

As formas de exercício físico podem ser classificadas em:

- Exercícios aeróbicos: envolvem movimentos contínuos de grandes grupos musculares, como caminhada, corrida, ciclismo, dança e natação;
- Exercícios de resistência: envolvem esforços que exigem força muscular, como musculação, flexões, agachamentos, entre outros⁶.

9.3. Suporte Psicológico

O sobrepeso e a obesidade estão frequentemente associados a impactos significativos na saúde mental, embora a natureza dessa relação ainda não esteja esclarecida. Evidências científicas indicam que o excesso de peso está relacionado a maior risco de sintomas depressivos e até comportamentos suicidas⁶.

O suporte psicológico, nesse contexto, tem como objetivo promover apoio emocional e empoderamento da pessoa para o autocuidado, favorecendo a adoção de mudanças duradouras no comportamento que contribuem para a redução e manutenção do peso corporal saudável, bem como para a prevenção do reganho de peso⁶.

Duas abordagens se destacam na prática clínica com pessoas com excesso de peso:

- Entrevista Motivacional (EM): técnica centrada na pessoa, que visa aumentar a motivação intrínseca para a mudança de comportamento;
- Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): intervenção estruturada focada na identificação e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação, imagem corporal e adesão ao tratamento.

A aplicação dessas estratégias deve ser individualizada e condicionada à capacitação adequada das equipes de saúde⁶.

9.4. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) constituem ferramentas terapêuticas de cuidado integral, considerando o ser humano em todas as suas dimensões: física, emocional, mental e social. Elas ampliam as possibilidades de cuidado, fortalecendo o vínculo entre profissionais e usuários e promovendo a autonomia no processo saúde-doença⁶.

No manejo clínico da obesidade, as PICS desempenham papel relevante ao:

- Favorecer a percepção do corpo e das emoções;
- Estimular o autocuidado e o bem-estar global;
- Potencializar o projeto terapêutico singular com práticas que integram promoção, prevenção, reabilitação e cuidado contínuo⁶.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta gratuitamente 29 procedimentos de PICS, entre os quais: Apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa – acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, fitoterapia (plantas medicinais), quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia floral, termalismo social/crenoterapia e yoga.

Para informações detalhadas sobre cada prática, acesse:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics/recursos-terapeuticos>

9.5. Programas de Prevenção da Obesidade na APS e outras ações relacionadas

O **Programa Saúde na Escola (PSE)**, política intersetorial das áreas da Saúde e Educação, foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Essa política une esforços para promover saúde e educação integral às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. A articulação entre escola e Atenção Primária à Saúde constitui a base do PSE, que busca integrar saúde e educação no desenvolvimento da cidadania e na qualificação das políticas públicas brasileiras¹⁹.

Considerando que a escola é um espaço privilegiado de convivência social, ela possibilita a construção de relações favoráveis à promoção da saúde. É, portanto, um ambiente propício para implementar o conceito de alimentação adequada e saudável, favorecendo a reflexão crítica e ampliada sobre saúde e alimentação, considerando suas múltiplas dimensões¹⁹.

A alimentação escolar deve ser adequada e saudável. Outros locais que comercializam alimentos dentro ou nas proximidades das escolas devem ser regulados, a fim de evitar a oferta de alimentos não saudáveis. Cantinas escolares, por exemplo, muitas vezes oferecem alimentos de baixo valor nutricional — ricos em energia, gordura, açúcar e sal, mas pobres em vitaminas e minerais — contribuindo para escolhas alimentares inadequadas pelas crianças. Diante do preocupante cenário da obesidade infantil, é imprescindível que as equipes de saúde e educação atuem de forma integrada na implementação de programas que promovam ambientes escolares saudáveis, eliminando a provisão, a propaganda ou a venda de alimentos não saudáveis nas escolas¹⁹.

Para mais informações sobre as ações de promoção da alimentação adequada e prevenção da obesidade nas escolas, acesse:

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

O **Programa Academia da Saúde (PAS)**, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde que consiste na implantação de polos públicos para a prática de atividades físicas. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e contam com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados²⁰.

Como pontos de atenção no território, os polos complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde, em articulação com outros programas. O PAS visa, entre outros objetivos, à prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e de seus fatores de risco modificáveis. Diversos municípios goianos aderiram à iniciativa, que conta com profissionais como educadores físicos, fisioterapeutas e nutricionistas. A prática de atividade física promove inúmeros benefícios: melhora da capacidade cardiovascular e respiratória, resistência física e muscular, aumento da densidade óssea, mobilidade articular, controle da pressão arterial, correção dos níveis de colesterol, melhora da glicemia e da ação da insulina, controle do peso corporal, prevenção da osteoporose e redução de dores lombares. Trata-se, portanto, de uma ferramenta pública de incentivo ao tratamento não farmacológico do sobrepeso e obesidade²¹.

O **Programa Nacional de Imunizações (PNI)** atualiza periodicamente a lista de vacinas e os grupos prioritários. Atualmente, pessoas com obesidade grau III são incluídas como grupo prioritário para a vacinação contra a influenza e a COVID-19, independentemente da idade²².

O **Programa Nacional de Controle do Tabagismo** foi criado para implementar ações da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. Seu objetivo é reduzir a prevalência

de fumantes e, consequentemente, a morbimortalidade relacionada ao uso de derivados do tabaco. O programa combina ações educativas, de comunicação, atenção à saúde e medidas legislativas e econômicas, visando à prevenção do tabagismo, ao apoio à cessação e à proteção contra o fumo passivo. Como parte do tratamento, o medicamento bupropiona é disponibilizado para fumantes com obesidade que desejam parar de fumar²³.

O programa **QUALIFICA APS GOIÁS** tem como objetivo aportar cofinanciamento estadual para a instituição de equipes multiprofissionais no âmbito das equipes da Estratégia Saúde da Família (EM-ESF) nos municípios goianos de forma a aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde por meio de atendimento integrado, integral, multidisciplinar e resolutivo²⁴.

Cada EM-ESF poderá ser composta por psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física na saúde e farmacêutico. As EM-ESF deverão realizar atendimento compartilhado com os integrantes das equipes de ESF e AAE, realizar atendimento individual, atuar em conjunto com a Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, nas visitas domiciliares, grupos terapêuticos, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, educação permanente em saúde, entre outras²⁴.

A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)** tem o objetivo de qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade, além de aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS)²⁵.

10. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobre peso e Obesidade em Adultos, publicado pelo Ministério da Saúde, não recomenda o uso de medicamentos para o auxílio na perda de peso no âmbito do SUS nacional.

Entretanto, o Estado de Goiás, por meio da Portaria SES-GO nº 523/2023, de 09 de fevereiro de 2023, incorporou o medicamento liraglutida à Relação Estadual Complementar de Medicamentos (RECOME) para o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes com idade igual ou superior a 12 anos e inferior a 21 anos²⁶.

A liraglutida é um agonista do receptor do peptídeo glucagon-like 1 (GLP-1), com 97% de homologia à sequência de aminoácidos do GLP-1 humano endógeno. Esse medicamento atua como regulador fisiológico do apetite ao se ligar e ativar o receptor GLP-1 (GLP-1R).

O acesso ao medicamento requer o preenchimento dos critérios definidos no protocolo estadual, com a solicitação sendo feita exclusivamente pelo Portal Expresso, no seguinte link: <https://www.go.gov.br/tela-orgao/servico/solicitar-abertura-de-processo-ou-alteracao-eou-inclusao-de-medicamentos-de-alto-custo-cemac-jb#/>

11. CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

A cirurgia bariátrica é indicada apenas em casos específicos, conforme os critérios estabelecidos pela Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, do Ministério da Saúde²⁷.

11.1. Indicações gerais:

- Indivíduos com IMC $\geq 50 \text{ kg/m}^2$, independentemente da presença de comorbidades;
- Indivíduos com IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso em tratamento clínico realizado por, no mínimo, 2 anos, tanto na Atenção Básica quanto na Atenção Ambulatorial Especializada, seguindo os protocolos clínicos;

- Indivíduos com IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$, com comorbidades associadas (como alto risco cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensão arterial de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas), também com tratamento clínico fracassado por pelo menos 2 anos, conforme protocolos.

11.2. Limites clínicos por faixa etária²⁷:

- Jovens entre 16 e 18 anos: a cirurgia poderá ser indicada em casos com escore-z maior que +4 do IMC por idade, desde que haja consolidação das epífises de crescimento, avaliação de risco-benefício por equipe multiprofissional, com participação de dois médicos especialistas;
- Adultos com idade ≥ 65 anos: a indicação dependerá de avaliação individualizada por equipe multiprofissional, considerando o risco cirúrgico, comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

11.3. Contraindicações absolutas ou relativas à cirurgia bariátrica²⁷:

- Limitação intelectual significativa sem suporte familiar adequado;
- Transtornos psiquiátricos não controlados, incluindo dependência de álcool ou drogas ilícitas (transtornos sob controle não são contraindicações absolutas);
- Doenças cardiopulmonares graves e descompensadas;
- Hipertensão portal com varizes esofagogástricas;
- Doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que aumentem risco de sangramentos ou complicações;
- Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia suprarrenal não tratada;
- Tumores endócrinos ativos.

12. PARÂMETROS EPIDEMIOLÓGICOS DE PREVALÊNCIA TOTAL E POR ESTRATO DE RISCO

Considerando a ausência de parâmetros específicos de prevalência total e por estratos de risco para sobre peso e obesidade no documento "Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS"²⁸, esta Nota Técnica adota como referência os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN Web), ano de 2023, referentes à população do Estado de Goiás²⁹.

Tabela 1. Estado nutricional de crianças e adolescentes do Estado de Goiás, SISVAN, 2024.

| Estado nutricional | Crianças 0-5 anos | Crianças 5-10 anos | Adolescentes |
|---------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| Magreza acentuada | 2,5% | 1,8% | 1,0% |
| Magreza | 3,5% | 3,9% | 3,5% |
| Eutrofia | 64,7% | 65,6% | 63,1% |
| Risco de Sobre peso | 16,7% | - | - |
| Sobre peso | 7,4% | 14,9% | 18,8% |
| Obesidade | 5,1% | 8,7% | 10,7% |
| Obesidade grave | - | 5,1% | 2,9% |

Tabela 2. Estado nutricional de adultos e idosos do Estado de Goiás, SISVAN, 2024.

| Estado nutricional | Adultos | Idosos |
|--------------------|---------|--------|
| Baixo peso | 2,2% | 13,8% |
| Eutrofia | 29,7% | 37,5% |
| Sobrepeso | 34,5% | 48,8% |
| Obesidade | 33,6% | - |

Fonte: SISVAN Web²⁹.

13. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Este item apresenta o painel de indicadores que serão utilizados para o monitoramento e a avaliação anual da situação nutricional da população, conforme diretrizes desta Nota Técnica. Esses indicadores visam apoiar o planejamento, a gestão e a qualificação das ações voltadas à prevenção e ao cuidado do sobrepeso e da obesidade em todos os ciclos da vida.

Quadro 11. Painel de indicadores a serem monitorados.

| Indicador | Resumo | Metodologia de cálculo | Fonte |
|--|---|---|-----------------|
| Prevalência de Sobre peso em crianças (<10 anos) | Percentual de crianças menores de 5 anos com IMC para idade no percentil >97 e ≤99,9 ou escore-z > +2 e ≤ +3, indicando sobre peso* E Percentual de crianças de 5 a 9 anos com IMC para idade entre >85 e ≤97 e escore-z >+1 e ≤+2, indicando sobre peso* | (Número de crianças menores de cinco anos com IMC para idade no percentil >97 e ≤99,9 ou escore-z > +2 e ≤ +3 somado ao Número de crianças de 5 a 9 anos com IMC para idade entre >85 e ≤97 e escore-z >+1 e ≤+2 ÷ Número total de crianças menores de 10 anos) × 100 | SISAB/ E-SUS |
| Prevalência de Sobre peso em Adolescentes (↓) | Percentual de adolescentes com IMC para idade entre >85 e ≤97 e escore-z >+1 e ≤+2, indicando sobre peso* | (Número de adolescentes com IMC para idade entre >85 e ≤97 e escore-z >+1 e ≤+2, indicando sobre peso ÷ Número total de adolescentes) × 100 | SISAB/ E-SUS |
| Prevalência de Sobre peso em Adultos (↓) | Percentual de adultos segundo o IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m ² * | (Número de adultos segundo o IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m ² ÷ Número total de adultos) × 100 | SISAB/ E-SUS |
| Prevalência de Sobre peso em Idosos (↓) | Percentual de idosos com idade igual ou superior a 60 anos com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥27 kg/m ² , indicando sobre peso | (Número de idosos com IMC ≥ 27 kg/m ² ÷ Número total de idosos) × 100 | SISAB/ E-SUS |
| Prevalência de Obesidade em Crianças (<10 anos) | Percentual de crianças menores de 5 anos com IMC para idade no percentil >99,9 ou escore-z >+3, indicando obesidade* E | Número de crianças menores de cinco anos com IMC para idade no percentil >99,9 ou escore-z >+3 somado ao Número de crianças de 5 a 9 anos com IMC | SISAB/ E-SUS |

| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| | Percentual de crianças de 5 a 9 anos com IMC para idade no percentil >97 ou escore-z >+2, indicando obesidade | para idade no percentil >97 ou escore-z >+2 ÷ Número total de crianças menores de dez anos) × 100 | |
| Prevalência de Obesidade em Adolescentes (↓) | Percentual de adolescentes com IMC para idade no percentil >97 ou escore-z >+2, indicando obesidade* | (Número de adolescentes com IMC para idade no percentil >97 ou escore-z >+2, ÷ Número total de adolescentes) × 100 | SISAB/ E-SUS |
| Prevalência de Obesidade em Adultos (↓) | Percentual de adultos com IMC ≥ 30 kg/m ² , indicando obesidade. | (Número de adultos com IMC ≥ 30 (kg/m ²) ÷ Número total de adultos) × 100 | SISAB/ E-SUS |

Fonte: Elaboração própria.

SISAB - Sistema de

Informação em Saúde para a Atenção Primária.

Além dos indicadores de prevalência, recomenda-se a avaliação da **infraestrutura física e de equipamentos disponíveis nos serviços de saúde** para a atenção qualificada às pessoas com sobre peso e obesidade.

Devem ser considerados os seguintes elementos:

- Salas amplas e adequadas à realização de atividades individuais e coletivas;
- Rampa de acesso e mobiliário adaptado, como cadeiras e macas reforçadas;
- Equipamentos apropriados: balanças com capacidade superior a 150 kg, estadiômetro, fita métrica, esfigmomanômetro com manguito de maior circunferência, estetoscópio adequado, entre outros para exame clínico;
- Cadeiras ginecológicas e odontológicas adaptadas a pessoas com obesidade.

Esse conjunto de indicadores e parâmetros de infraestrutura subsidia a elaboração de estratégias e ações de cuidado mais equitativas, seguras e eficazes, promovendo a qualificação da atenção nutricional no SUS¹.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobre peso e Obesidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 64 p.](#)
2. [Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia rápido para gestor do SISAB e e-SUS AB. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 13 p.](#)
3. Ministério da Saúde [homepage da internet]. Programa Bolsa Família [acesso em: 10 abr 2025]. Disponível em: https://bfa.saude.gov.br/public/file/4.16%20Instrutivo%20completo-SistemaPBFnaSaude%20_Passo%20a%20passo.pdf
4. [Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 33 p.o ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 51 p. Disponível em: \[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf\]\(https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf\)](#)
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Portaria SCTIE/MS nº 53, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de

Sobrepeso e Obesidade em Adultos.

6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 84, abril, 2005.
7. Melanie Rodacki, M. et al. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024). Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/#citacao>
8. LOUREIRO, N. S. L; AMARAL, T. L. M.; AMARAL, C. A.; MONTEIRO, G. T. R.; VASCONCELLOS, M. T. L.; BORTOLINI, M. J. S. Relação de indicadores antropométrico com fatores de risco para doença cardiovascular em adultos e idosos de Rio Branco, Acre. Revista de Saúde Pública, 2020; 54: 24.
9. GORINA, M.; LIMONERO, J. T.; ÁLVAREZ, M. Eficácia das intervenções educacionais em atenção primária à saúde realizadas por enfermeiros para melhorar o manejo de doenças crônicas em pacientes com diabetes mellitus, hipertensão e hipercolesterolemia: uma revisão sistemática. Revista Internacional de Estudos de Enfermagem, v. 86, p. 139-150, 2018.
10. RUBINO, F.; et. al; Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission, 2025.
11. MILAGRES, L. C.; MARTINHO, K. O.; MILAGRES, D. C.; FRANCO, F. S.; RIBEIRO, A. Q.; NOVAES, J. F. Relação cintura/estatura e índice de conicidade estão associados a fatores de risco cardiometabólico em idosos. Ciência e Saúde Coletiva, v. 24 (4), p. 1451-1461, 2019.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 212 p.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 201 p.
14. ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4o ed. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO); 2016. 186 p.
15. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 61 p.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162p. (Cadernos de Atenção Básica nº 35).
17. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira. Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 30p.
18. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 46p.
19. Ministério da Saúde. Programa academia da saúde. Caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 220p.
20. Programa academia da saúde: enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. Xavéle Braatz Petermann¹ Sheila Kocourek²Luciana Flores Battistella. Revista da FAE, Curitiba, v. 25, 2022 – e 0740.
21. Ministério da Saúde [homepage da internet]. Programa nacional de imunizações [acesso em: 14 abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 78p.
23. Goiás. Edital nº 001, de 19 de novembro de 2021 – Programa Qualifica APS Goiás. Diário Oficial do Estado de Goiás. Goiânia: ABC - Agência Brasil Central; 2021 nov 22. Ano 185, n° 23.680. p. 15–20.

Código de autenticação: 9e4f17d8.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União. 2013 set 6; Seção 1:30.
25. Goiás (Estado). [Portaria nº 523/2023 – SES. Incorpora o medicamento Liraglutida à Relação Estadual Complementar de Medicamentos \(RECOME\) para o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes com idade entre 12 e 21 anos e Institui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\) de tratamento medicamentoso da obesidade em crianças e adolescentes com doze a vinte e um anos de idade no Estado de Goiás, padronizando o medicamento Liraglutida para ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde, em Goiás. \[Internet\]. Diário Oficial do Estado de Goiás; 2023. Disponível em: https://diariooficial.abc.gov.br/portal/visualizacoes/html/5522/#e:5522](https://diariooficial.abc.gov.br/portal/visualizacoes/html/5522/#e:5522)
26. [Brasil, Ministério da Saúde. Portaria no 424, de 19 de março de 2013 \[Internet\]. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html)
27. [Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.](#)
28. [Brasil. SISVAN: Sistema de vigilância alimentar e nutricional \[Internet\]. 2025 \[citado 14 de agosto de 2025\]. Disponível em: http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index](http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index)

Equipe técnica da revisão da Nota técnica de DM/2025:

1. **Ana Paula dos Santos Rodrigues:** Nutricionista/técnica na Coordenação Geral das Redes de Atenção/SPAIS/SES-GO
2. **Andréia de Souza Franco Sardinha:** Enfermeira/técnica na Coordenação de Doenças Crônicas e Fatores de Risco/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO
3. **Amanda Cristina Motter Dala Senta:** Nutricionista/técnica na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/SUVISA/SES-GO
4. **Cristiano Martins da Silva:** Coordenador na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/SUVISA/SES-GO
5. **Eleni Pereira Ramos:** Farmacêutica/Gerência de Assistência Farmacêutica/SPAIS/SES-GO
6. **Isabela Ghetti Macedo Isaac:** Médica endocrinologista/técnica na Coordenação de Doenças Crônicas e Fatores de Risco/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO
7. **Kaio de Melo Mosqueira – GEPASS/SES-GO**
8. **Marina de Pina e Abreu Moraes – ASSTRA/SUBPAS/SES-GO**
9. **Nágila Araújo de Carvalho:** Nutricionista/técnica na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/ SUVISA/SES-GO
10. **Nara Rubya Pitaluga:** Fisioterapeuta/técnica na Gerência de Atenção Especializada Ambulatorial/SPAIS/SES-GO
11. **Vivianne Melo:** Farmacêutica/Gerência de Assistência Farmacêutica/SPAIS/SES-GO
12. **Viviany Rodrigues:** Enfermeira- técnica na Assessoria Técnica de Redes - SUBPAS/SES-GO
13. **Marcos Augusto S Chagas:** Técnico em Saúde – SASPCAMPO/GERPOP/SPAIS-SES
14. **Rosa Brígida:** Enfermeira/técnica na Gerência de Atenção Primária/SPAIS/SES-GO

ANEXO 1

Tabela de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) conforme percentil e escore Z para crianças e adolescentes.

| IDADE | MENINAS | | | MENINOS | | |
|-------------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|
| | >+1 escore Z | >+2 escore Z | >+3 escore Z | >+1 escore Z | >+2 escore Z | >+3 escore Z |
| | >Percentil 85 | >Percentil 97 | >Percentil 99,9 | >Percentil 85 | >Percentil 97 | >Percentil 99,9 |
| 5 ANOS | 16,9 | 18,9 | 21,3 | 16,6 | 18,3 | 20,2 |
| 5 ANOS E 6 MESES | 16,9 | 19 | 21,7 | 16,7 | 18,4 | 20,4 |
| 6 ANOS | 17 | 19,2 | 22,1 | 16,8 | 18,5 | 20,7 |
| 6 ANOS E 6 MESES | 17,1 | 19,5 | 22,7 | 16,9 | 18,7 | 21,1 |
| 7 ANOS | 17,3 | 19,8 | 23,3 | 17 | 19 | 21,6 |
| 7 ANOS E 6 MESES | 17,5 | 20,1 | 24 | 17,2 | 19,3 | 22,1 |
| 8 ANOS | 17,7 | 20,6 | 24,8 | 17,4 | 19,7 | 22,8 |
| 8 ANOS E 6 MESES | 18 | 21 | 25,6 | 17,7 | 20,1 | 23,5 |
| 9 ANOS | 18,3 | 21,5 | 26,5 | 17,9 | 20,5 | 24,3 |
| 9 ANOS E 6 MESES | 18,7 | 22 | 27,5 | 18,2 | 20,9 | 25,1 |
| 10 ANOS | 19 | 22,6 | 28,4 | 18,5 | 21,4 | 26,1 |
| 10 ANOS E 6 MESES | 19,4 | 23,1 | 29,3 | 18,8 | 21,9 | 27 |
| 11 ANOS | 19,9 | 23,7 | 30,2 | 19,2 | 22,5 | 28 |
| 11 ANOS E 6 MESES | 20,3 | 24,3 | 31,1 | 19,5 | 23 | 29 |
| 12 ANOS | 20,8 | 25 | 31,9 | 19,9 | 23,6 | 30 |
| 12 ANOS E 6 MESES | 21,3 | 25,6 | 32,7 | 20,4 | 24,2 | 30,9 |
| 13 ANOS | 21,8 | 26,2 | 33,4 | 20,8 | 24,8 | 31,7 |
| 13 ANOS E 6 MESES | 22,3 | 26,8 | 34,1 | 21,3 | 25,3 | 32,4 |
| 14 ANOS | 22,7 | 27,3 | 34,7 | 21,8 | 25,9 | 33,1 |
| 14 ANOS E 6 MESES | 23,1 | 27,8 | 35,1 | 22,2 | 26,5 | 33,6 |
| 15 ANOS | 23,5 | 28,2 | 35,5 | 22,7 | 27 | 34,1 |
| 15 ANOS E 6 MESES | 23,8 | 28,6 | 35,8 | 23,1 | 27,4 | 34,5 |
| 16 ANOS | 24,1 | 28,9 | 36,1 | 23,5 | 27,9 | 34,8 |
| 16 ANOS E 6 MESES | 24,3 | 29,1 | 36,2 | 23,9 | 28,3 | 35 |
| 17 ANOS | 24,5 | 29,3 | 36,3 | 24,3 | 28,6 | 35,2 |
| 17 ANOS E 6 MESES | 24,6 | 29,4 | 36,3 | 24,6 | 29 | 35,3 |
| 18 ANOS | 24,8 | 29,5 | 36,3 | 24,9 | 29,2 | 35,4 |
| 18 ANOS E 6 MESES | 24,9 | 29,6 | 36,2 | 25,2 | 29,5 | 35,5 |

Fonte: Brasil (2021).

Como usar a Tabela:

1. Calcule o IMC da criança ou adolescente [IMC = Peso (kg) /altura² (metros)];
2. A idade está apresentada em anos inteiros e o ponto médio entre os anos (5 anos e 6 meses). Calcule a idade – por exemplo, uma criança com 7 anos e 3 meses – considerar 7 anos, uma criança com 7 anos e 8 meses – considerar 7,5 meses – sempre “arredondar” para baixo.
3. Identifique o sexo da criança: feminino ou masculino;
4. Com os dados de sexo, idade e IMC, identifique o percentil/escore Z em que conforme a classificação do estado nutricional da criança ou adolescente – uma menina de 5 anos e 6 meses com IMC = 20,3kg/m² tem o IMC classificado entre +2 e +3 escores Z, sendo classificada com obesidade (classificação apresentada no Quadro 1 deste documento). Um menino com 14 anos e com IMC = 34,1 kg/m² tem o IMC classificado acima de +3 escores Z, sendo classificado como com obesidade grave (classificação apresentada no Quadro 1 deste documento);
5. Recomenda-se que esta tabela esteja disponível nas salas de atendimento para facilitar o diagnóstico. É muito importante que todas as informações de peso e altura sejam registradas no prontuário e na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

GOIANIA - GO, aos 01 dias do mês de outubro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **PATRICIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**, Usuário Externo, em 21/10/2025, às 13:52, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, Secretário (a) de Estado, em 31/10/2025, às 08:39, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site
http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **80497632**
e o código CRC **FE6649BD**.

SES - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO -
CEP 74000-000 - .



Referência: Processo nº 202500010072790



SEI 80497632