



Nota Técnica nº: 4/2021 - SAIS- 03083

Assunto: Nota técnica conjunta para definir critérios na organização da assistência aos usuários com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Especializada (AE) no Estado de Goiás.

1. OBJETIVO

A presente Nota Técnica tem por objetivo definir critérios para organização da assistência aos indivíduos com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Especializada (AE), no Estado de Goiás.

2. RASTREAMENTO

Recomenda-se o rastreamento de crianças, adolescentes, adultos e idosos e a oferta de intervenções de aconselhamento e de mudança de comportamento para sustentar a perda de peso.

3. DIAGNÓSTICO

O critério mais utilizado para avaliação do sobrepeso e obesidade na prática clínica e em nível populacional é o Índice de Massa Corporal (IMC), que apresenta boa correlação com desenvolvimento de doenças crônicas e mortalidade. A aferição das medidas antropométricas (peso e altura) utilizadas no cálculo do IMC e demais índices antropométricos deve ser realizada conforme o documento "Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN¹.

Os dados antropométricos podem ser coletados em diversos espaços e momentos, tanto no nível individual quanto coletivo, nos atendimentos realizados na própria unidade de saúde ou em domicílios (na rotina da APS), nas escolas, entre outros. Os dados devem ser registrados no SISVAN, e-SUS ou no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, conforme os manuais orientadores desses sistemas^{1,2}.

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

O rastreamento na APS deve ser realizado para identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade. O profissional de saúde deve, além da avaliação antropométrica, fazer a avaliação de marcadores de consumo alimentar, investigar a presença de doenças ou uso de medicamentos que provoquem ganho de peso e avaliar a gravidade, as comorbidades e os fatores de risco 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 rede, fornecendo um leque de opções não apenas viáveis, mas também sustentáveis pelo sujeito. A seguir são apresentados os critérios de estratificação de risco dos usuários com sobrepeso e obesidade pela APS por ciclo da vida e o fluxo de encaminhamento.

4.1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O diagnóstico de obesidade na infância pode ser realizado utilizando-se o IMC para idade, para isso são necessárias as informações de: peso, altura, data de nascimento e sexo. A classificação é realizada segundo as Curvas de Crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicadas em 2006 e 2007, e que estão disponíveis na caderneta da criança e do adolescente. Os pontos de corte para classificação do estado nutricional são apresentados no **Quadro 1**. Em menores de 5 anos, a classificação com peso acima do adequado contempla as categorias de risco de sobrepeso até obesidade e para as crianças com idade entre 5 e 10 anos e adolescentes (na adolescência também é classificada a obesidade grave). No Anexo 1 é disponibilizada tabela com percentis e escores Z para IMC e orientações de como calcular.

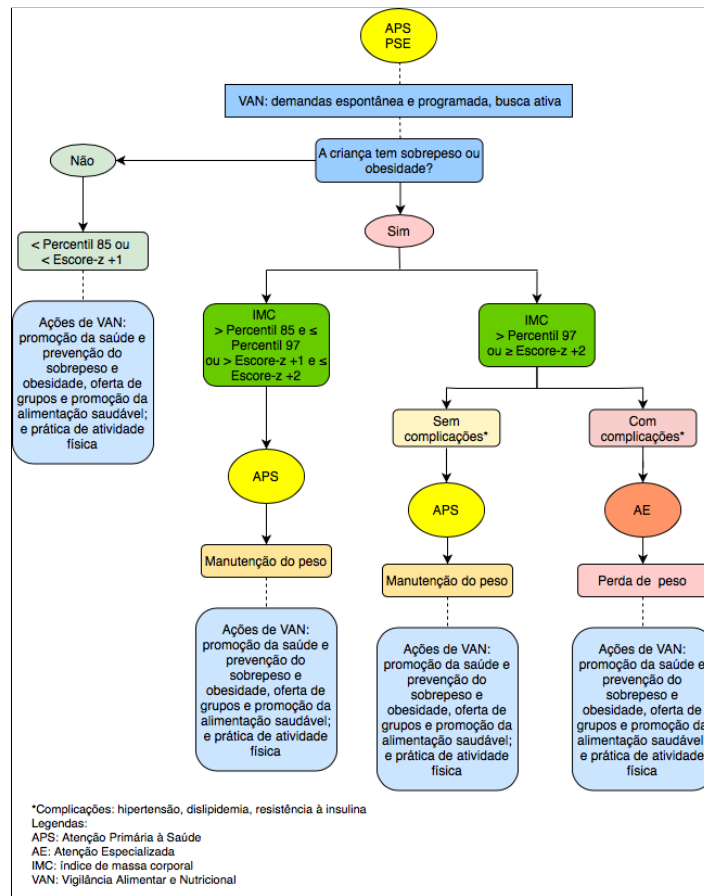
Quadro 1. Estratificação de risco conforme estado nutricional de crianças e adolescentes conforme Índice de Massa Corporal (IMC) para idade

Valores críticos		0 a 5 anos	5 a 20 anos
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

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

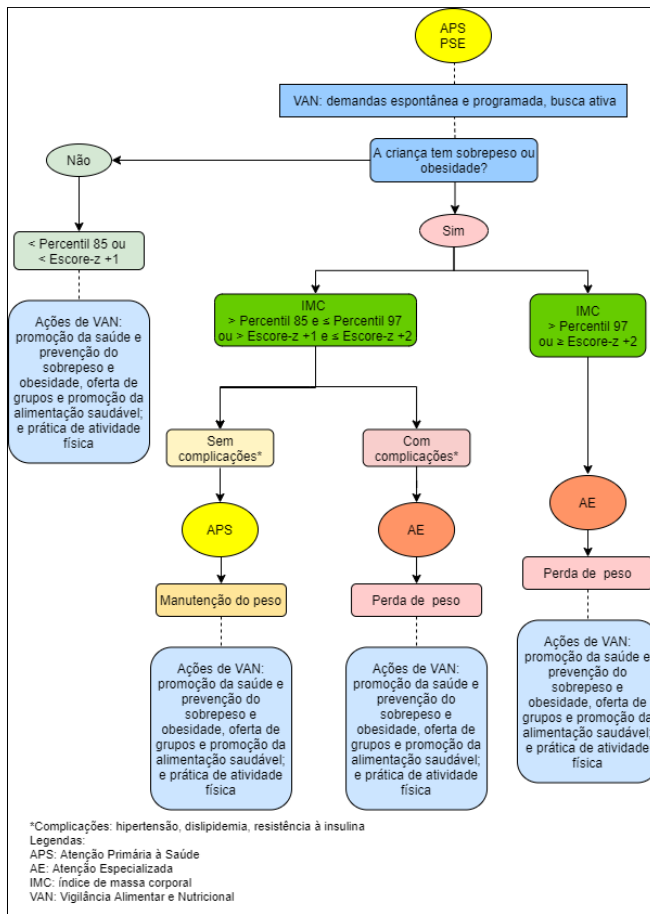
Fonte: Adaptado de Brasil (2014)³ e Brasil (2021)⁴.

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 Especializada.
Figura 1. Fluxo de encaminhamento de crianças de 0 a 5 anos conforme Índice de Massa Corporal na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada.



Fonte: Adaptado de Brasil (2014) ².

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



4.2. ADULTOS E IDOSOS

Quadro 2. 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) e Ministério da Saúde (2020).

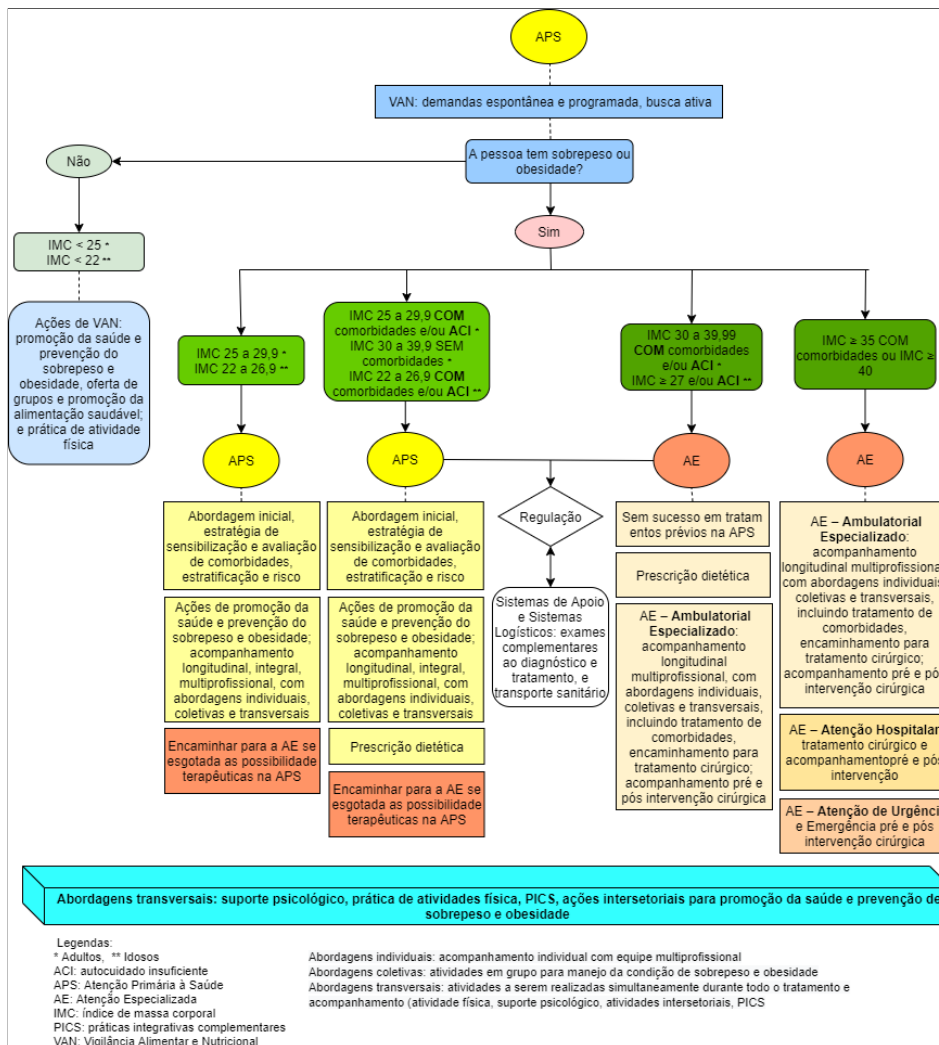
Quadro 3. Estratificação de risco de idosos conforme faixa de Índice de Massa Corporal (IMC).

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) e Ministério da Saúde (2020).

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 Especializada.

Figura 3. Fluxo de atendimento de adultos (*) e idosos (***) conforme Índice de Massa Corporal na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada.



5. MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

Conhecer o padrão de consumo alimentar, tanto individual quanto coletivo, é essencial para orientar as ações de atenção integral à saúde e, principalmente, para promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população. Para isso, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN Web) disponibiliza a ficha de Marcadores de Consumo Alimentar para identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis e, principalmente, viabilizar a realização da VAN por todo profissional de saúde na rotina da atenção básica, independentemente da sua formação. Essa avaliação deve ser feita continuamente juntamente com recomendações de práticas alimentares adequadas e saudáveis².

Estão disponíveis três formulários de Marcadores de Consumo Alimentar, sendo um para crianças menores de seis meses, um para crianças de seis a 23 meses e 29 dias de idade e outro para crianças com dois anos de idade ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Os dados de consumo alimentar podem ser obtidos na rotina da APS, incluindo consultas de crescimento e desenvolvimento infantil, pré-natal, grupos de idosos, etc. Os dados devem ser inseridos nos sistemas e-SUS (Sistema de Coleta de Dados Simplificados ou Prontuário Eletrônico do Cidadão) ou no próprio SISVAN (acesso pelo e-Gestor)². O cadastro de gestores e técnicos nos sistemas da Atenção Básica/APS deve ser realizado conforme manual específico².

6. ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL NA APS E AAE

O acompanhamento de pacientes com sobrepeso e obesidade deve ter como metas a redução da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; a promoção da manutenção de perda de peso; o impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabetes ou diabetes mellitus). É recomendada uma redução de pelo menos 5 a 10% no peso corporal para melhora metabólica utilizando-se metas progressivas e factíveis pactuadas em conjunto com o paciente ⁴. Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não tiveram conseguirem atingir a redução de 5-10% no peso ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento na APS ⁸.

É importante ainda que indivíduos com comorbidades descompensadas tenham manejo adequado para estabilização das mesmas. Quanto mais alto o estrato de risco do pacientes, maior a intensidade de cuidados com maior número de consultas e abordagens transversais e coletivas. Neste contexto, é importante que o Plano de Cuidados seja elaborado pela equipe multiprofissional e, quando houver encaminhamento à AAE, esse documento seja compartilhado entre as equipes dos diferentes níveis de atenção. Ressalta-se ainda a importância das estratégias para mudança de comportamento e estilo de vida no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, além do fortalecimento da capacidade de autocuidado com a elaboração em conjunto com o paciente do Plano de Autocuidado Apoiado. Para embasar as condutas, sugere-se a leitura do Caderno de Atenção Básica nº 35 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica ⁹.

7. FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS NA APS CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

No quadro a seguir é apresentada proposta de atendimentos na APS quanto a consultas, atividades e exames segundo estratificação de risco por ciclo da vida.

Quadro 4. Proposta de atendimento de Vigilância Alimentar e Nutricional conforme estratificação de risco por ciclo da vida

Fase da vida	Atendimentos	Observação
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
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
≥ 2 a <10 anos	1 consulta médica/ ano 1 atividade educativa/ ano (para mãe ou responsável)	Monitorar crescimento, alimentação e investigar anemia
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, glicemia e investigar anemia
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	Monitorar crescimento, aleitamento materno, pressão arterial, glicemia e investigar anemia
≥ 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 glicemia
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
Alto risco	1 consulta médica/ ano 2 consultas de enfermagem/ ano 4 atividades educativas/ ano 6 consultas de nutrição/ ano 1 lipidograma completo/ ano	Monitorar crescimento, pressão arterial, glicemia e investigar práticas alimentares, maturação sexual, anemia e atividade física
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. Acompanhamento multiprofissional em grupos terapêuticos sistemáticos de promoção da saúde
Alto/muito alto risco	1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano 5 atividades coletivas/ ano	Acompanhamento multiprofissional conforme demandas e necessidades individuais, de maneira sistemática Compartilhamento do cuidado com a AAE
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
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 Compartilhamento do cuidado com a AAE

AAE: atenção ambulatorial especializada, IMC: índice de massa corporal.

Fonte: Adaptado de Brasil (2008) ¹⁰ e Brasil (2021) ⁸.

Para todas as faixas etárias e estratos de risco deve ser realizado acompanhamento complementar com abordagens transversais conforme a necessidade dos usuários e famílias, como aconselhamento sobre atividade e/ou prescrição de exercício físico, Programa Academia da Saúde, práticas integrativas complementares (PICS), apoio psicossocial, abordagem familiar, atividades intersetoriais.

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

Tendo em vista que no documento de Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS ¹¹ não há parametrização da prevalência total e por estratos de risco de indivíduos com sobrepeso e obesidade, nesta nota técnica os parâmetros foram definidos com os dados do Estado de Goiás do SISVAN Web ¹².

Tabela 1. Estado nutricional de crianças e adolescentes do Estado de Goiás, SISVAN, 2019.

Estado nutricional	Crianças 0-5 anos	Crianças 5-10 anos	Adolescentes
Magreza acentuada	4,2%	2,4%	1,2%
Magreza	4,4%	3,8%	3,3%
Eutrofia	62,1%	64,8%	66,8%
Risco de Sobrepeso	15,1%	-	-

Sobrepeso	6,8%	15,1%	18,2%
Obesidade	7,4%	8,6%	8,5%
Obesidade grave	-	5,3%	2,0%

Fonte: Brasil (2021) ¹².

Tabela 2. Estado nutricional de adultos e idosos do Estado de Goiás, SISVAN, 2019.

Estado nutricional	Adultos	Idosos
Baixo peso	2,8%	13,9%
Eutrofia	35,3%	38,1%
Sobrepeso	33,4%	48,0%
Obesidade	30,2%	-

Fonte: Brasil (2021) ¹².

9. SITUAÇÕES PARA GESTÃO DE CASO

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas complexas e/ou de alto risco (uma complicação estabelecida, com grande interferência na qualidade de vida) associada à insuficiente capacidade de autocuidado, demandando também envolvimento da família ³. No contexto do sobrepeso/obesidade, considera-se para gestão de caso os indivíduos com indicação cirúrgica para tratamento da obesidade, sendo que após o procedimento cirúrgico e devido acompanhamento pós-operatório, o paciente deve ser contra-referenciado para continuidade do cuidado na APS.

10. CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos conforme os seguintes critérios da Portaria n° 424, de 19 de março de 2013 ¹³:

- Indivíduos que apresentem IMC ≥ 50 kg/m²;
- Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- Indivíduos com IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Além desses critérios, é necessário considerar ainda os limites clínicos de acordo com a idade ¹³:

- Jovens entre 16 e 18 anos - poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento (análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área).
- Adultos com idade ≥ 65 anos - realizar avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

Contraindicações do tratamento cirúrgico: limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia; doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciam a relação risco-benefício; Hipertensão portal, com varizes esofagógicas; 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.

11. PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL PARA APOIO LABORATORIAL NO DIAGNÓSTICO INICIAL E NAS AVALIAÇÕES PERIÓDICAS

O sobrepeso e obesidade estão associados a riscos de complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Diante disso, faz-se importante a realização de investigações laboratoriais para diagnóstico e manejo de morbidades associadas.

Glicemia:

No atendimento nutricional, é importante avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes, que são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Em associação, os testes laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de monitorização glicêmica são: glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose e glicemia casual ³. No Quadro 5 são apresentados os valores de referência para parâmetros de glicemia.

Quadro 5. Valores de referência para o diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM.

Diagnóstico	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2h após TOTG* (mg/L)	HbA1c (%) ²	Glicemia ao acaso (mg/dL)
Normoglicemia	< 1001	< 140	< 5,7	-
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126	≥ 140 e < 200	$\geq 5,7$ e < 6,5	-
DM estabelecido ³	≥ 126	≥ 200	$\geq 6,5$	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia

1 OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicemia em jejum
2 Deve-se utilizar método padronizado no DCCT e certificado pelo NGSP, preferencialmente o HPLC
3 No indivíduo assintomático, É RECOMENDADO que dois exames (entre glicemia de jejum, TOTG e HbA1c) estejam alterados para realizar o diagnóstico. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação. Na presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia, É RECOMENDADO que o diagnóstico seja realizado por meio de glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dL.

Fonte: SBD (2021) ¹⁴. *Carga oral equivalente a 75g de glicose anidra diluída em água.

DCCT: Diabetes Control and Complications Trial; HbA1c: hemoglobina glicada; HPLC: high-performance liquid chromatography; NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program; OMS: Organização Mundial de Saúde; TOTG: teste de tolerância oral à glicose.

Perfil lipídico:

No **Quadro 6** são apresentados os valores de referência para perfil lipídico.

Quadro 6. Valores de referência para perfil lipídico.

Lipidograma	Recomendação
Triglicérides	<150 mg/dL para amostra em jejum ou < 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum
HDL – colesterol	Para homens: >40 mg/dL Para mulheres: >50 mg/dL
LDL – colesterol	<160 mg/dL

Fonte: Faludi et al. (2017) ¹⁵.

12. OUTROS EXAMES E AVALIAÇÕES QUE DEVEM SER REALIZADOS EM INDIVÍDUOS COM SOBREPESO E OBESIDADE

Circunferência da cintura:

A medida da circunferência da cintura é um método utilizado para avaliar a distribuição da gordura intra-abdominal, sendo um marcador de maior risco cardiometabólico. 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 ⁶.

Quadro 7. Classificação de risco cardiometabólico conforme medida de circunferência da cintura.

Sexo	Risco elevado	Risco muito elevado
Mulheres	$\geq 80,0$ cm	$\geq 88,0$ cm
Homens	$\geq 94,0$ cm	$\geq 102,0$ cm

Fonte: Ministério da Saúde (2020) ⁶.

Pressão arterial:

No **Quadro 8** são apresentados os valores para classificação da pressão arterial em adultos.

Quadro 8. Critérios para diagnóstico de Hipertensão Arterial.

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré Hipertensão	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.
Fonte: Barroso et al. (2020) [16](#).

Risco cardiovascular:

Tendo em vista o risco aumentado para comorbidades entre pessoas com sobrepeso e obesidade, recomenda-se a utilização do escore de Framingham para avaliação de risco cardiovascular. Este escore estima o risco de doença arterial coronariana nos próximos dez anos usando os dados de fatores de risco como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, HDLc e LDLc. Nos Anexos 2 e 3 encontram-se os parâmetros para cálculo do escore de Framingham para homens e mulheres. Pessoas com IMC a partir de 30 kg/m², especialmente aqueles com obesidade central, deverão ter sua pontuação no escore multiplicada por 1,3³.

Conforme a pontuação, o escore de Framingham classifica os indivíduos nos seguintes graus de risco cardiovascular [17](#):

- < 10% - baixo risco de evento cardiovascular em 10 anos
- 10% – 20% - risco intermediário de um evento cardiovascular em 10 anos
- > 10% - alto risco de evento cardiovascular em 10 anos

13. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado aos usuários com sobrepeso e obesidade deverá ser realizado pelos municípios e pelo Estado por meio dos indicadores a seguir.

Quadro 9. Painel de indicadores sob responsabilidade do município.

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Proporção de pessoas cadastradas com avaliação antropométrica (peso e altura) no último ano	Número de pessoas cadastradas com registro de peso e altura no último ano dividido pelo número total de pessoas cadastradas no mesmo período x 100	SISAB
Proporção de pessoas cadastradas com excesso de peso identificado	Número de pessoas cadastradas com marcação no campo condição referida "excesso de peso" (CIAP 2 - T83) na ficha de atendimento individual dividido pelo número total de pessoas cadastradas x 100	SISAB
Proporção de pessoas cadastradas com obesidade identificada	Número de pessoas cadastradas com marcação no campo condição referida "obesidade" na ficha de atendimento individual dividido pelo número total de pessoas cadastradas x 100	SISAB
Percentual de estratificação de risco	Número de pessoas com excesso de peso e obesidade estratificados semestralmente dividido pelo número de acompanhados pela equipe de saúde da família x 100	APS municipal
Proporção de pessoas cadastradas com avaliação de marcadores de consumo alimentar	Número de pessoas com avaliação de marcadores de consumo alimentar dividido pelo número total de pessoas cadastradas x 100	SISAB
Proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada obesidade	Número de atendimentos com marcação no campo condição referida "obesidade" na ficha de atendimento individual dividido pelo número total de atendimentos x 100	SISAB

APS - Atenção Primária à Saúde, SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária

Quadro 10. Painel de indicadores sob responsabilidade do Estado.

Indicador	Metodologia de cálculo/obtenção	Fonte
Prevalência de crianças, adolescentes, adultos e idosos com sobrepeso	SISVAN Web - selecionar o período, Estado (e região de saúde no caso de análise por região) e fase da vida	SISVAN
Prevalência de crianças, adolescentes, adultos e idosos com obesidade	SISVAN Web - selecionar o período, Estado (e região de saúde no caso de análise por região) e fase da vida	SISVAN
Mudança da prevalência de obesidade em crianças, adolescentes, adultos e idosos*	Prevalência atual menos prevalência no ano anterior (calcular para cada faixa etária)	SISVAN

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Sugere-se ainda a avaliação da disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados à atenção ao indivíduo com obesidade com: serviços com salas amplas; salas para realização de atividades coletivas; disponibilização de rampas de acesso, balanças adequadas (com capacidade superior a 200 kg), 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 [8](#).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
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. 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.
4. 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.
5. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4o ed. São Paulo: ABESO; 2016. 186 p.
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde, Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde, Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Report No.: 567.
7. 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.
8. 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 do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 64 p.
9. Brasil, 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. 162 p.
10. 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.
11. 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.
12. Brasil. SISVAN: Sistema de vigilância alimentar e nutricional [Internet]. 2021 [citado 25 de junho de 2021]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>
13. 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
14. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021 (versão preliminar) [Internet]. 2021 [citado 11 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>
15. Faludi AA, Izar MC de O, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afione A, et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose—2017. Arq Bras Cardiol. 2017;109:1–76.
16. Barroso WKS, Rodrigues CJS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial—2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116:516–658.
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 128 p.

Elaboração
Ana Paula dos Santos Rodrigues - Nutricionista - Técnica na Coordenação Geral das Redes de Atenção - SAIS/SES-GO
Larissa Silva Barbosa - Nutricionista - Técnica na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição - SUVISA/SES-GO
Nágila Araújo de Carvalho - Nutricionista - Técnica na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição - SUVISA/SES-GO

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA
 Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)

FLÚVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA
 Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA)

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

- 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.

ANEXO I

PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA

ESCORE DE FRAMINGHAM HOMENS

ETAPA 1

IDADE	PONTOS
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

LDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
<100	-3
100-129	0
130-159	0
160-189	1
>=190	2

HDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
<35	2
35-44	1
45-49	0
50-59	0
>=60	-1

PRESSÃO ARTERIAL					
sistólica	diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>=100
<120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

DIABETES	pontos	TABAGISMO	pontos
não	0	não	0
sim	2	sim	2


ETAPA 2

SOMA dos pontos

Idade
LDL-C
HDL-C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

ETAPA 3

total pontos	risco DAC 10 anos
≤ -3	1%
-2	2%
-1	2%
0	3%
1	4%
2	4%
3	6%
4	7%
5	9%
6	11%
7	14%
8	18%
9	22%
10	27%
11	33%
12	40%
13	47%
≥14	≥56%



ANEXO II

PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA

ESCORE DE FRAMINGHAM MULHERES

ETAPA 1

IDADE	PONTOS
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

LDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
<100	-2
100-129	0
130-159	0
160-189	2
>=190	2

HDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
<35	5
35-44	2
45-49	1
50-59	0
>=60	-2

PRESSÃO ARTERIAL				
sistólica	diastólica			
	<80	80-84	85-89	90-99
<120	-3	0	0	2
120-129	0	0	0	2
130-139	0	0	0	2
140-159	2	2	2	2
>=160	3	3	3	3

DIABETES	pontos
não	0
sim	4

TABAGISMO	pontos
não	0
sim	2

ETAPA 2

SOMA dos pontos

Idade
LDL-C
HDL-C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

ETAPA 3

total pontos	risco DAC 10 anos
≤ -2	1%
-1	2%
0	2%
1	2%
2	3%
3	3%
4	4%
5	5%
6	6%
7	7%
8	8%
9	9%
10	11%
11	13%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
≥17	≥32%

Goiânia, 27 de outubro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA, Superintendente, em 05/11/2021, às 08:42, 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 FLUVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA, Superintendente, em 10/11/2021, às 16:58, 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 000024688479 e o código CRC 10BD72A3.

