

**Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria de Doenças Crônicas
Gerência de Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade**

**LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

Mato Grosso do Sul,
2024

página para ficha catalográfica

VERSÃO PRELIMINAR de consulta pública - NÃO COMPARTILHAR

Governador do Estado de Mato Grosso do Sul

Eduardo Corrêa Riedel

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

Dr. Mauricio Simões

Secretária Adjunta de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

Dra. Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves

Superintendente de Atenção à Saúde

Angélica Cristina Segatto Congro

Coordenadora das Doenças Crônicas

Andréia Ferreira da Costa

Gerência de Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade

Anderson Leão Nogueira Holsbach

VERSÃO PRELIMINAR de Consulta Pública - NÃO COMPARTILHAR

ORGANIZAÇÃO

Anderson Leão Nogueira Holsbach
Andréia Ferreira da Costa
Erika Cardoso dos Reis
Michele Batiston Borsoi

AUTORES

Anderson Leão Nogueira Holsbach
Andréia Ferreira da Costa
Camila Medeiros da Silva Mazzetti
Erika Cardoso dos Reis
Michele Batiston Borsoi
Naiara Ferraz Moreira

REVISÃO

Erika Cardoso dos Reis
Hugo Braz Marques

COLABORADORES

Ana Claudia Morito
Arielle Jeniffer Vicentini dos Reis
Daniela Marques Monti
Hugo Braz Marques
Michele Martins Nogueira
Verônica Gronau Luz

CONSULTORES TÉCNICOS

Projeto "Estratégias para o fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade no SUS" - Universidade Federal de Ouro Preto - Escola de Nutrição - Departamento de Nutrição Clínica e Social

Observatório de Condições Crônicas e Alimentação - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (OCCA/UFMS)

Grupo de Trabalho da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade

COLABORADORES NAS AÇÕES ESTRUTURANTES E CONVERGENTES PARA A LCSO

Bruna Paola Murino Rafacho
Carolina Lais dos Santos
Fabiana dos Santos Araujo
Gabriel Barbosa Delmondes de Moraes
Inara Pereira da Cunha
Teresa Cristina Abranches Rosa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Prevalências de excesso de peso e de obesidade na população adulta de 20 anos ou mais de idade, pôr sexo – Brasil – 2002-2003/2019.	15
Figura 2 - Percentual de homens com obesidade, segundo as capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Vigitel 2023.	16
Figura 3 - Percentual de mulheres com obesidade, segundo as capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Vigitel 2023.	16
Figura 4 - Mapa das macrorregiões e microrregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul.	27
Figura 5 - Ações realizadas no eixo práticas corporais e atividades físicas nas academias de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, 2022.	41
Figura 6 - Fluxo assistencial de cuidado compartilhado para a Linha de Cuidado de Sobrepeso e obesidade em Mato Grosso do Sul, 2024.	62
Figura 7 – Sumarização do tratamento não farmacológico do sobrepeso e da obesidade em adultos.	66
Figura 8 - Fluxo assistencial do cuidado compartilhado em rede, para a LCSO, referente à cirurgia reparadora. Mato Grosso do Sul, 2024.	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Trabalhos sobre a LCSO de MS elaborados para apresentação em eventos.	24
Quadro 2 - Monitoramento e avaliação da APS do Estado Mato Grosso do Sul.	55
Quadro 3 - Equipe multiprofissional sugerida por nível de AEE e AEH.	59
Quadro 4 - Estabelecimentos de Saúde hospitalares habilitados para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade no estado de Mato Grosso do Sul, 2023.	59
Quadro 5 - Periodicidade de consultas no pós-operatório, especialidades envolvidas e exames necessários.	69

VERSÃO PRELIMINAR de consulta pública - NÃO COMPARTILHAR

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência de Sobrepeso e Obesidade, por ciclo de vida e região de saúde, Mato Grosso do Sul, 2022.	29
Tabela 2 - Prevalência de Sobrepeso, Obesidade e Excesso de Peso em todas as faixas etárias da população atendida na APS no MS, série histórica de 2017 a 2022.	35

VERSÃO PRELIMINAR de consulta pública - NÃO COMPARTILHAR

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente comunitário de Saúde
AEH	Atenção Especializada Hospitalar
AMC	Aleitamento Materno Continuado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CAE	Conselho Estadual de Saúde
CAISAN	Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCNT	Condições Crônicas Não Transmissíveis
CDC	Coordenadoria de Doenças Crônicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
CIAN	Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
CONBRAN	Congresso Brasileiro de Nutrição
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
CONSEA	Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional
CONUT	Congresso de Nutrição de Mato Grosso do Sul
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DC	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável
DM	Diabetes Mellitus
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
e-Multi	Equipe Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
FUNAI	Fundação Nacional dos Povos Indígenas
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GASPSO	Gerência de Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade
GT-LCSO	Grupo de Trabalho da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IMC	Índice de Massa Corporal
LC	Linhas de Cuidado
LCSO	Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Mato Grosso do Sul
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OCCA	Observatório de Condições Crônicas e Alimentação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAS	Programa Academia da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação do Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PROTEJA	Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPSO	Seminário de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESAI	Secretaria de Saúde Indígena
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 METODOLOGIA	21
4 SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DO ESTADO MATO GROSSO DO SUL	26
4.1 Caracterização do estado do Mato Grosso do Sul	26
4.2 Diagnóstico situacional do estado Mato Grosso do Sul e classificação de sobrepeso e obesidade	27
4.3 Caracterização epidemiológica do sobrepeso e obesidade por faixa etária no estado do Mato Grosso do Sul	28
<i>4.3.1 Evolução do estado nutricional em crianças de 0 a 9 anos no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022</i>	30
<i>4.3.2 Evolução do estado nutricional em adolescentes no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022</i>	32
<i>4.3.3 Evolução do estado nutricional em adultos no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022</i>	33
<i>4.3.4 Evolução do estado nutricional em idosos no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022</i>	34
<i>4.3.5 Evolução do estado nutricional em gestantes no Estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022</i>	35
4.4 Caracterização epidemiológica do sobrepeso e obesidade da população indígena de Mato Grosso do Sul	36
5 PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	39
5.1 Atenção Primária à Saúde	39
<i>5.1.1 Programas de saúde adjuvantes para organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS</i>	42
<i>5.1.2 Competências e ações da APS a serem desenvolvidas na LCSO do Estado do Mato Grosso do Sul</i>	51
5.2 Atenção Ambulatorial Especializada	55
5.3 Atenção Especializada Hospitalar	57
5.4 Atenção em Urgência e Emergência	59
5.5 Sistemas de Apoio e Logísticos	60
5.7 Assistência Farmacêutica	61
5.8 Telessaúde	62
5.9 Fluxo Assistencial compartilhado em rede da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade de Mato Grosso do Sul	62
<i>5.9.1 APS</i>	63

5.9.2 AAE e AEH	68
6 AÇÕES INTERSETORIAIS PRECONIZADAS PARA A LCSO – INTERSETORIALIDADE	71
6.1 EIXO - Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis.....	72
6.2 EIXO - Ações de educação, comunicação e informação	73
6.3 EIXO - Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos	74
6.3.1 <i>Nas escolas</i>	74
6.3.2 <i>Nos ambientes de trabalho</i>	75
6.3.3 <i>Na rede socioassistencial</i>	76
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS.....	88

VERSÃO PRELIMINAR de consulta pública - NÃO COMPARTILHAR

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica não transmissível, cuja etiologia é multifatorial e complexa, sendo reconhecida como um sério desafio de saúde pública devido à sua prevalência epidêmica (Brasil, 2022a). Do ponto de vista biológico, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o grau de armazenamento de gordura no organismo com propensão ao desencadeamento de várias complicações metabólicas, culminando na elevação do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela divisão entre o peso e o quadrado da estatura (WHO, 2000).

Na contemporaneidade, a obesidade tem tido sua determinação associada de forma sinérgica à desnutrição e às mudanças climáticas, por compartilharem os mesmos determinantes e influenciarem conjuntamente suas cargas para a sociedade. As três pandemias convergem para a Sindemia Global, que está diretamente vinculada à configuração vigente do sistema alimentar hegemônico (Swinburn *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o pensamento epidemiológico social contemporâneo tem olhado para a determinação da obesidade por uma perspectiva sistêmica, que considera a corporificação biológica decorrente da interação cumulativa com o ambiente e com o contexto social e político em que se vive, em um espectro variável de exposição e proteção, expresso por relações de poder, produção, consumo e reprodução em uma macroestrutura promotora de iniquidades sociais (Krieger, 2001).

Assim sendo, o conjunto dos meios físico, econômico, político e sociocultural e de oportunidades pode determinar práticas alimentares individuais e coletivas (Swinburn *et al.*, 2013). Ambientes alimentares progressivamente obesogênicos têm favorecido acessibilidade e disponibilidade de alimentos de alto grau de processamento industrial, alta densidade calórica e pobre valor nutricional (Swinburn *et al.*, 2019).

Com relação à Carga Global de Doenças, Stanaway *et al.* (2018) salientam o importante aumento do IMC da população mundial entre os anos 1990 e 2017, sendo de 36,7% entre 2007 e 2017, e de 127% entre 1990 e 2017, uma das maiores taxas de aumento entre os fatores de risco avaliados.

Impulsionadas pelo excesso de peso, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maior taxa de morbimortalidade no mundo, com mortalidade prematura na faixa etária de 30 a 69 anos (Brasil, 2021a). A

evolução do impacto das DCNT pode ser revertida por meio de intervenções amplas e investimento na promoção de saúde, com monitoramento e controle de seus determinantes (Brasil, 2011; Brasil, 2021a).

Uma revisão sistemática de estudos transversais e de coorte internacionais, conduzida por Louzada *et al.* (2021), encontra associação entre o consumo frequente de alimentos ultraprocessados e desfechos negativos em indicadores de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, asma, depressão, doenças gastrointestinais, marcadores de risco inflamatório e metabólico.

O curso silencioso das DCNT leva às incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias (Nilson *et al.*, 2020). As DCNT representam uma ameaça não apenas para a saúde individual das pessoas e suas famílias, mas também para o desenvolvimento econômico e social humano. Portanto, é essencial controlá-las dentro dessa perspectiva abrangente e não de forma fragmentada (Goulart, 2011).

Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) apontam que em 2023, 67,96% da população brasileira assistida na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentava excesso de peso (soma dos dados de sobrepeso e obesidade), dos quais 33,45% foram classificados com obesidade. Em Mato Grosso do Sul (MS), os dados são ainda mais preocupantes, pois 71,54% da população estadual assistida na APS estava com excesso de peso naquele ano, dos quais 38,71% apresentavam-se com obesidade, ou seja, ambos estratos estão acima da média nacional (Brasil, 2024a). Além disso, o MS é o primeiro estado no *ranking* nacional entre as unidades federativas em número de óbitos atribuídos à obesidade e sexto em custo atribuível à obesidade (Rezende *et al.*, 2022).

Considerando a complexidade dos fatores envolvidos na causalidade e atenção ao sobrepeso e obesidade, fazem-se necessárias ações integradas e intersetoriais, na lógica de redes, estruturadas em linhas de cuidado. Destaca-se a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO) como prioritária na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas (Brasil, 2013a).

A RAS compreende arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, cujo objetivo é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem

como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (Brasil, 2010).

A composição da RAS estrutura-se da seguinte forma: o centro de comunicação, a APS; os pontos secundários e terciários de atenção à saúde; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (Mendes, 2011).

Podolny e Page (1998) descrevem as seguintes vantagens das redes de atenção:

A capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (Podolny; Page, 1998, p. 57-76).

Na RAS, a garantia de oferta das ações em saúde está associada à estrutura e aos processos de trabalho, de maneira a resolver tanto as condições agudas quanto as crônicas. O caminho que a pessoa percorre é subsidiado por processos de organização, planejamento, gestão dos serviços e qualificação dos processos de trabalhos (Mendes, 2011).

Cada serviço deve ser pensado na forma de um circuito em que cada indivíduo percorre para obter a integralidade do cuidado de que necessita (Malta; Merhy, 2010). A eficácia na formação de redes integradas e regionalizadas converge com melhores resultados nos indicadores de saúde (OPAS, 2008; Mendes, 2011).

Segundo a Portaria MS nº 483/2014, define-se que a implantação da RAS se fará por meio da organização e operacionalização de Linhas de Cuidado (LC) específicas, considerando os agravos de maior dimensão (Brasil, 2014a). Dessa forma, é imprescindível a organização da RAS da pessoa com sobrepeso e obesidade, com foco nos processos integrados da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), o qual propõe a superação de um modelo centrado na oferta de consultas (Mendes, 2011). Nesse sentido, em 2011, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de

Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, objetivando a promoção, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas com cuidado integral estruturado em rede (Brasil, 2011).

Sendo assim, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPC), as LC devem envolver todo o sistema de governança do SUS, para atenção das pessoas com sobrepeso e obesidade, entre elas as diretrizes de pactuação realizada em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR): regionalização da atenção especializada e demais pontos de atenção da LC; articulação dos recursos; acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; implementação dos sistemas de informação; oferta de apoio diagnóstico e terapêutico para prevenção; estratégias de apoio ao autocuidado pelos usuários; ações intersetoriais com respeito aos hábitos culturais e definição de metas e indicadores de acompanhamento e avaliação (Brasil, 2014a).

Dentro das LC prioritárias na RASPC, a Portaria MS nº 424/2013 (Brasil, 2013a) discrimina a organização para prevenção e tratamento da pessoa com sobrepeso e obesidade, por meio de protocolos e da pactuação dos gestores do processo de trabalho que facilitem o acesso do usuário às unidades de forma sistematizada, descrevendo então a LCSO.

Vale destacar que a meta nacional prevista no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 consiste na redução de 2% nos casos de obesidade em crianças e adolescentes, assim como frear o crescimento da mesma em adultos, por meio do aumento no consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10% e da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10% (Brasil, 2021a).

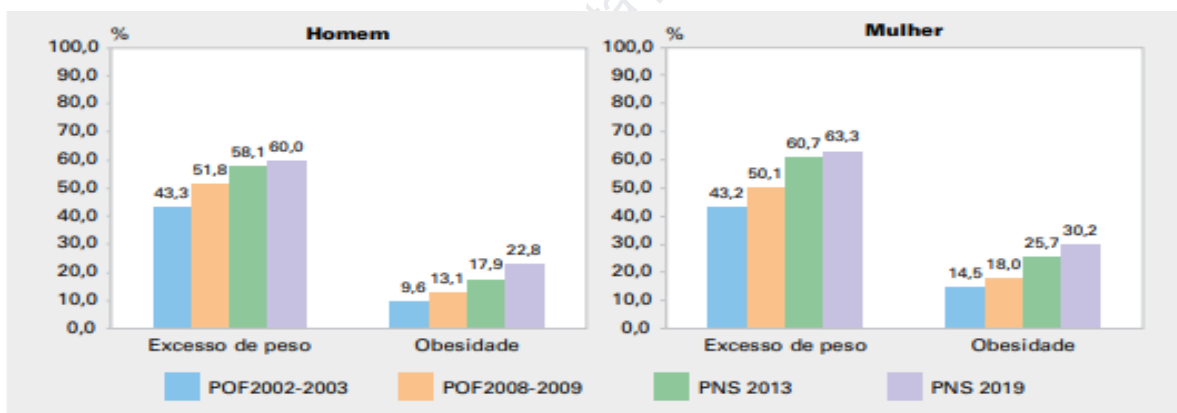
Segundo dados publicados pelo grupo *NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*, que avaliou as tendências mundiais de desnutrição e obesidade (dupla carga de má nutrição) de 1990 a 2022 (Phelps *et al.*, 2024), a prevalência global da obesidade foi superior à da desnutrição em 177 países avaliados (89%) para as mulheres e 145 países (73%) para os homens, em 2022. Os autores ressaltam que, em quase todos os países, o crescimento da dupla carga de má nutrição foi impulsionado pelo aumento da obesidade, e as diminuições, pela queda das prevalências de magreza. O estudo destacou que o total de pessoas com obesidade no mundo chega a 1 bilhão de indivíduos, dos quais 159 milhões são crianças e

adolescentes e 879 milhões são adultos, ressaltando ainda mais que a obesidade é um grave problema de saúde pública ao redor do mundo.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que mais da metade das pessoas estão com excesso de peso (60,3%), ou seja, cerca de 96 milhões de brasileiros apresentaram IMC ≥ 25 kg/m². Enquanto a obesidade, caracterizada por IMC ≥ 30 kg/m², foi observada em 21,8% dos homens e em 29,5% das mulheres (IBGE, 2020).

A Figura 1 retrata o compilado da evolução das prevalências de excesso de peso e obesidade, em ambos os sexos, no período de 2002-2003 a 2019 (IBGE, 2020). Tais resultados alarmantes serviram como base para o estabelecimento da meta estipulada pelo Plano de enfrentamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (2021-2030) referente à obesidade, que consiste em deter o crescimento da obesidade (Brasil, 2021a).

Figura 1 - Prevalências de excesso de peso e de obesidade na população adulta de 20 anos ou mais de idade, por sexo – Brasil – 2002-2003/2019.

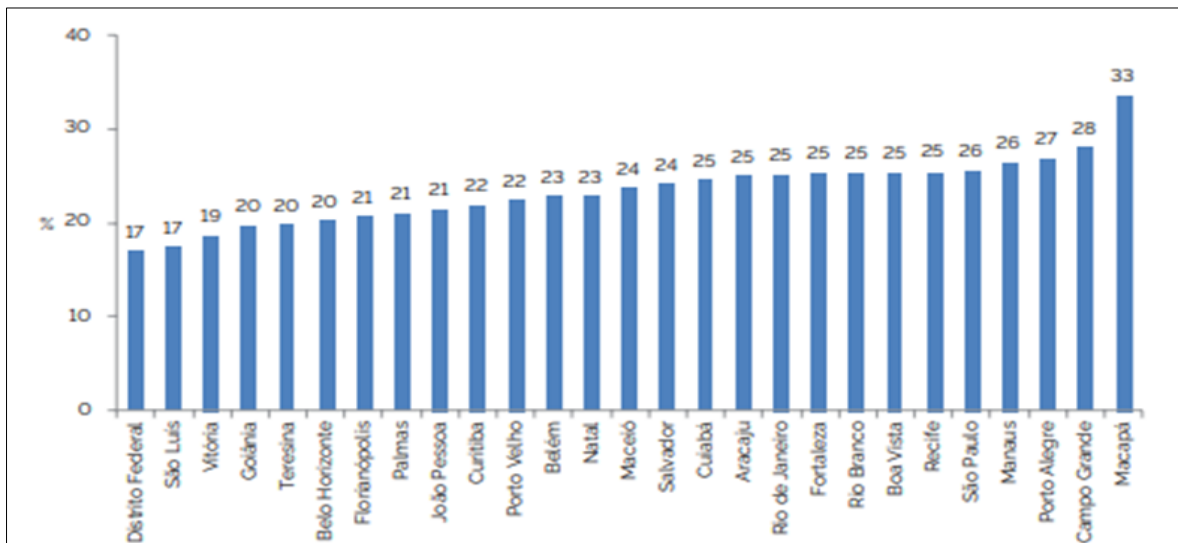


Fonte: IBGE, 2020, p. 38¹

Outros dados nacionais obtidos pelo Inquérito telefônico Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) apontam que as frequências de obesidade têm crescido nos últimos anos entre adultos residentes na capital do estado de MS, ocupando, em 2023, o quinto lugar no *ranking* das capitais brasileiras (27,0%), juntamente com Manaus, com predomínio para o sexo masculino, como demonstrado nas Figuras 2 e 3 (Brasil, 2023).

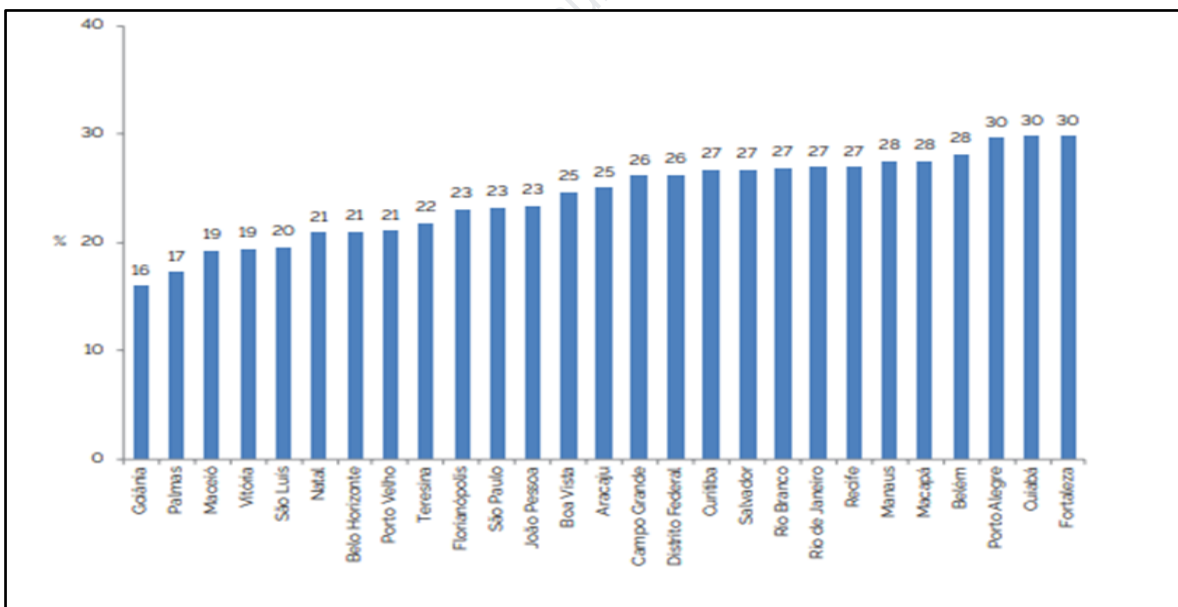
¹ IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Figura 2 - Percentual de homens com obesidade, segundo as capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Vigilatel 2023.



Fonte: Brasil, 2023, p.45²

Figura 3 - Percentual de mulheres com obesidade, segundo as capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Vigilatel 2023.



Fonte: Brasil, 2023, p.45

² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigilatel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Na distribuição por sexo, verifica-se maior prevalência de obesidade em homens da capital sul-mato-grossense. Contudo, vale frisar que mecanismos interseccionais de opressão também costumam se expressar nas condições de alimentação e nutrição da população.

Tem-se percebido que a insegurança alimentar não é mais uma condição restrita a pessoas em déficit nutricional, uma vez que o comprometimento no acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, sem prejuízo às demais necessidades essenciais, também pode favorecer a obesidade, em função do recurso imediato e da acessibilidade física e financeira facilitadas para opções de alimentos ultraprocessados.

Ainda que na Região Centro-Oeste, mais da metade dos domicílios vivencie segurança alimentar (75,7% dos 6.230 domicílios), sabe-se que em todo o País, a insegurança alimentar se relaciona com outras formas de iniquidade, predominando casos moderados e graves em famílias lideradas ou com principal provisão atribuída a mulheres, com rendimento mensal per capita entre $\frac{1}{4}$ e 1 salário-mínimo, e/ou pessoas que se reconhecem como pretas ou pardas (IBGE, 2024b).

Por conseguinte, outros recortes interseccionais de opressão sobre pessoas indígenas, pessoas com deficiência e população LGBTQIAPN+ precisam ser investigados para a prevenção da insegurança alimentar e da obesidade.

Os custos da obesidade

No Brasil, a obesidade é um problema crescente e tem um impacto significativo nos custos de saúde. De acordo com o orçamento do SUS em 2011 relativo às internações em hospitais e ambulatorios de indivíduos com IMC acima de 30kg/m^2 , estima-se que os custos diretos atribuíveis à obesidade totalizaram US\$ 269,6 milhões (1,86% de todos os gastos com cuidados de saúde de média e alta complexidade). A obesidade grau III (IMC $> 40\text{kg/m}^2$) representou 23,8% (US\$ 64,2 milhões) de todos os custos relacionados à obesidade e aqueles vinculados à cirurgia bariátrica no Brasil totalizaram US\$ 17,4 milhões no mesmo ano (de Oliveira *et al.*, 2015).

Em estudo mais recente, Ferrari *et al.* (2022) estimaram que os custos diretos e indiretos da obesidade no Brasil alcançaram cerca de US\$645 milhões em 2019, considerando-se tal condição crônica como fator de risco para carga global de doenças, sendo o maior gasto entre as mulheres. Em outro estudo de estimativas de

custos da obesidade em 8 países, o caso do Brasil foi explorado na perspectiva de gastos na saúde e gastos sociais; e em 2019, o país despendeu R\$ 38,78 bilhões em custos totais (desses U\$14,35 bilhões em custos médicos), representando 2,11% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (Okunogbe *et al.*, 2021).

Em resumo, esses custos têm um impacto negativo significativo nos sistemas de saúde e na economia do País. O excesso de peso na população sul-mato-grossense leva a uma preocupação maior, pois o estado está na 6ª posição no *ranking* nacional de custo atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil, além de ocupar a 1ª posição em mortes atribuíveis ao excesso de peso (Rezende *et al.*, 2022).

Diante do panorama apresentado sobre as elevadas prevalências de excesso de peso no país, com destaque para o estado de MS, seus custos para o SUS e a importância de articulação entre os pontos da RAS para o enfrentamento do problema, faz-se urgente a construção da LCSO em nosso Estado.

Gordofobia e Estigma do Peso

Em que pese a importância da análise econométrica da obesidade e DCNT por ela impulsionadas, este documento parte de uma concepção que se distancie da regulação moral e responsabilização individual por sua condição de saúde, compreendendo a determinação em uma perspectiva sistêmica ligada à macroestrutura social, econômica, política, cultural e ambiental.

É importante que os profissionais de saúde tenham abordagem acolhedora e evitem posições preconceituosas e estigmatizantes a respeito do excesso de peso, em todos os pontos da RAS, sendo necessário que o profissional amplie seus conhecimentos a respeito da temática, pois este processo está intimamente ligado ao cuidado. O estigma do peso é definido como a atribuição de características negativas e estereótipos de maneira automática, feitas de maneira inconsciente, sem percepção de quem o faz (Brasil, 2022b).

Esse estigma é um atributo negativo que deprecia um indivíduo, levando a pessoa com sobrepeso ou obesidade a uma posição de inferioridade. Isso está muito presente, desde os primeiros anos de vida e pode afetar as pessoas que vivem com obesidade de diferentes maneiras. As repercussões negativas para a pessoa que sofre o estigma vão desde o sofrimento mental, apartamento social, dificuldade por buscar o cuidado nas unidades de saúde, evasão escolar, entre outros (Brasil, 2022b).

Nesse espectro também há a gordofobia, que se refere à aversão à gordura, caracterizada pela repulsa ou desconforto em relação às pessoas com excesso de peso, podendo se manifestar em atitudes que configuram violência física, emocional e assédio moral, além de poder contribuir para a baixa autoestima e valores negativos para a aquisição de hábitos saudáveis (Brasil, 2020).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Brasil, 2020) aponta que as pessoas com sobrepeso e obesidade têm impactos negativos diretos no mercado de trabalho, se comparadas com indivíduos com peso considerado normal. Além disso, os profissionais de saúde podem apresentar comportamentos preconceituosos e estigmatizantes, que comprometem a qualidade do cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade. Esses comportamentos surgem por meio de falas que culpabilizam apenas o indivíduo pela situação, por atitudes que demonstrem que o profissional não acredita que o tratamento terá resultados, entre outros, resultando em discriminação, injustiças e iatrogenias relacionadas ao tratamento, muitas vezes de forma velada. Esse contexto resulta em maior morbimortalidade, com efeitos físicos e psicológicos ao paciente com sobrepeso ou obesidade. Esse cenário pode desencorajar o indivíduo a procurar os serviços de saúde, tanto para estas como para outras condições, comprometendo o acesso à saúde como um todo (Brasil, 2020).

Por fim, o Manual de Atenção às Pessoas com Obesidade no SUS (Brasil, 2022a) reforça que os profissionais devem focar em ações baseadas na promoção da saúde do usuário com sobrepeso e obesidade e considera que a perda de peso é apenas um dos elementos e/ou resultados do processo de cuidado das pessoas com obesidade, mas não o único. Sabendo-se que perdas modestas de 5% a 10% do peso corporal promovem benefícios significativos para a saúde, por meio deste documento propomos a reflexão sobre o impacto dos meios para alcance da perda de peso sobre a qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implantar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Mato Grosso do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Organizar a oferta integral de cuidados na RAS;
- Utilizar sistemas de informação em saúde que permitam o acompanhamento do cuidado integral;
- Propor protocolo de atendimento às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS;
- Estabelecer indicadores de monitoramento e ações esperadas na RAS;
- Realizar ações intersetoriais para o enfrentamento da obesidade;
- Promover a regionalização da LCSO.

VERSÃO PRELIMINAR de consulta pública - NÃO COMPARTILHAR

3 METODOLOGIA

A construção da LCSO iniciou-se em 2022, a partir da análise de um conjunto de indicadores de saúde relacionados à prevalência de pessoas com obesidade, a aspectos estruturais e à organização do cuidado das pessoas com obesidade no SUS. Assim sendo, o estado de MS foi selecionado para receber o apoio institucional da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) por meio do Projeto "Estratégias para o fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade no SUS", mobilizado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS). Dessa forma, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, via Coordenadoria de Doenças Crônicas, foi apoiada para realização de atividades para a construção e implementação da LCSO, com base em evidências.

Diante disso, instituiu-se o Grupo de Trabalho da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (GT-LCSO), sendo planejadas ações de Educação em Saúde, elaboração de fluxo para validação das demandas, realização de eventos e publicação de relatos de experiência do processo de construção da LCSO em iniciativas regionais e nacionais.

O GT-LCSO foi conduzido pela Coordenadoria de Doenças Crônicas (CDC) e apoiado pela equipe da UFOP. Constituiu-se entre áreas técnicas da SES, Instituições de Ensino Superior (IES) e representações municipais. Os representantes foram convidados a compor o GT conforme a identificação das potencialidades dos atores-chave, de acordo com as demandas e suas respectivas *expertises*, assumindo compromissos por meio de um formulário eletrônico e compunham um grupo em aplicativo para celular de mensagens instantâneas. A conformação do GT-LCSO ficou com as seguintes representações:

- Coordenação da Rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU);
- Coordenação Estadual de Vigilância Epidemiológica - Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis - SES/MS;
- Coordenação Saúde Bucal - SES/MS;
- Coordenadoria de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados;
- Coordenadoria de Serviço Especializado em Saúde - SES/MS;
- Coordenadoria de Vigilância Sanitária - SES/MS;

- Coordenadoria do Programa Ambulatorial de Serviços de Atendimento Especializado/Pessoas com Doença Crônica - da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados;
- Coordenadoria Estadual de Regulação e Assistência - Gerência da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade - SES/MS;
- Direção da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados;
- Gerência da Rede de Urgência e Emergência - SES/MS;
- Gerência de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente/PSE - SES/MS;
- Gerência de Atenção Primária à Saúde - SES/MS;
- Gerência de Educação Permanente em Gestão e Atenção à Saúde - SES/MS;
- Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde/Escola de Saúde Pública (ESP);
- Gerência de Vigilância do Óbito Materno e Infantil - SES/MS;
- Gerência do Núcleo de Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados;
- Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição - SES/MS;
- Gerência Técnica de hipertensão e diabetes da SESAU;
- Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU);
- Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD);
- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

O GT-LCSO reuniu-se mensalmente com a equipe da UFOP para apoio à construção da LCSO e ao planejamento das ações. As reuniões mensais também serviram de espaço para pactuação de tarefas, tomada de decisões e monitoramento das ações. Além disso, as etapas da LCSO foram apresentadas e pactuadas na CIR, CIB, Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Foi planejado e executado o ciclo de oficinas “Prevenção e Controle da Obesidade: como eu faço?”, baseado em metodologias ativas a fim de qualificar a rede para a organização do processo de trabalho, na perspectiva da LCSO. As oficinas foram planejadas e conduzidas mediante parceria entre o Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA) e a SES/MS. Foram convidados dois profissionais de cada Secretaria Municipal de Saúde das 79 cidades do MS. Os participantes foram divididos em quatro turmas: Coquito, Ipê Rosa, Tereré e Arara Azul e participaram de quatro encontros presenciais. Foram abordados os temas: Estigma do peso e

gordofobia na sociedade e nos serviços de saúde no SUS; Obesidade e sua multicausalidade, diagnóstico e epidemiologia; Medidas de cuidado do sobrepeso e obesidade em âmbito individual e coletivo nas RAS; e Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. Condicionado às oficinas, foi necessário concluir o curso “Enfrentamento e Controle da Obesidade na APS”, na modalidade remota. Como atividade de dispersão, incluíram-se pautas como a produção das Carteiras de Serviço da APS, Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Especializada Hospitalar (AEH), com recorte para o sobrepeso e obesidade, totalizando 220 horas de formação. Além disso, como produto, os profissionais realizaram um plano de ação para enfrentamento da obesidade em âmbito municipal, buscando aumentar sua contemplação como condição crônica avaliada e a definição de demandas conforme o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (Brasil, 2021a).

A CDC/SES, com apoio da UFOP e do GT-LCSO, realizou o I Seminário de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade (I SAPSO), em 04 de outubro de 2023, com o propósito de sensibilizar os profissionais e gestores do SUS, demais profissionais e gestores de diversas categorias, entidades governamentais para além do setor saúde e da sociedade civil, para a agenda atual do sobrepeso e obesidade. Também foi um espaço para disseminar experiências exitosas com ações e organização de serviço entre municípios de pequeno, médio e alto porte. O evento teve como fruto a “Carta do I SAPSO”, documento com recomendações para o enfrentamento da obesidade, disponível no site Nutrição|MS (<https://nutricao.saude.ms.gov.br/>). Neste evento foram lançadas as Carteiras de Serviço da APS. No mesmo período, apoiou-se o I Congresso de Nutrição de Mato Grosso do Sul (I CONUT-MS), que teve como foco as DCNT.

Foram realizadas oficinas para elaboração e validação do fluxo assistencial, sendo dois encontros com envolvidos da APS e um encontro com equipes da AEH que realizam a cirurgia bariátrica.

Como resultado do trabalho da CDC/SES e do GT-LCSO, com apoio da UFOP, com as oficinas e o I SAPSO, foram publicados os seguintes documentos, que instrumentalizam os profissionais e população:

- Carteiras de Serviço da APS com recorte para o Sobrepeso e Obesidade - versão população (Mato Grosso do Sul, 2023b);

- Carteiras de Serviço da APS com recorte para o Sobrepeso e Obesidade - profissionais e gestores (Mato Grosso do Sul, 2023a);
- Carteiras de Serviço da APS com recorte para o Sobrepeso e Obesidade - gestão estadual (Mato Grosso do Sul, 2023c);
- Marcadores de alimentação e excesso de peso nas macrorregiões de saúde de Mato Grosso do Sul: 2015-2022 (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023);
- Carteiras de Serviço da AAE e AEH com recorte para o Sobrepeso e Obesidade;
- *E-book* “Ciência, tradição e afetos na panela: um resgate das práticas alimentares como estratégia de cuidado do sobrepeso e obesidade no Mato Grosso do Sul”;
- O Cuidado da Obesidade sob a Visão dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso do Sul (Mazzeti *et al.*, 2023);

O processo de construção da LCSO de Mato Grosso do Sul já obteve reconhecimentos locais e nacionais, o que reforça que as ações planejadas são robustas e podem servir de inspiração para outros territórios. O Quadro 1, abaixo, apresenta os trabalhos elaborados sobre a LCSO até o momento de construção deste documento.

Quadro 1 - Trabalhos sobre a LCSO de MS elaborados para apresentação em eventos.

TÍTULO DO TRABALHO	LOCAL
Estruturação e impacto do Grupo de Trabalho para a Construção da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade de Mato Grosso do Sul - um relato de experiência	XXVIII Congresso Brasileiro de Nutrição - CONBRAN 2024
Ciclo de Oficinas “Prevenção e Controle da Obesidade: como eu faço?”	XXVIII Congresso Brasileiro de Nutrição - CONBRAN 2024
Elaboração das carteiras de serviço da atenção primária à saúde com recorte para sobrepeso e obesidade	XXVIII Congresso Brasileiro de Nutrição - CONBRAN 2024
Estratégias convergentes, sistemáticas e estruturantes para a construção da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade de Mato Grosso do Sul	Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na APS

Construção Intersetorial da LCSO estadual em Mato Grosso do Sul	Fórum Intersetorial CCNTs No Brasil - 2024
Relato de caso da Formação de um Grupo de Trabalho para Estruturação da Linha De Cuidado da Pessoa com Sobrepeso E Obesidade (LCSO) no estado de Mato Grosso do Sul	I Congresso de Nutrição de Mato Grosso do Sul (I CONUT-MS)
Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional Adotadas no Cuidado das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade em Mato Grosso do Sul	I Congresso de Nutrição de Mato Grosso do Sul (I CONUT-MS)

Fonte: elaborado pelos autores.

Logo, a atual gestão da Secretaria de Estado de Saúde, assumindo o compromisso com o enfrentamento do sobrepeso e obesidade, instituiu a Gerência de Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade (GASPSO), ligada diretamente à coordenadoria de Doenças Crônicas (CDC), que por sua vez está ligada à Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) (Mato Grosso do Sul, 2023d).

O presente documento será lançado no I Seminário de Segurança Alimentar e Nutricional de Mato Grosso do Sul: Atenção às Condições Crônicas Não Transmissíveis, entre 11 e 12 de junho de 2024, no auditório do Bioparque do Pantanal em Campo Grande/MS. Organizado pela GASPSO e GT-LCSO. Na oportunidade, também serão lançadas as Carteiras de Serviço da AAE e AEH com recorte para o Sobrepeso e Obesidade e o *e-book* "Ciência, tradição e afetos na panela: um resgate das práticas alimentares como estratégia de cuidado do sobrepeso e obesidade no Mato Grosso do Sul".

4 SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DO ESTADO MATO GROSSO DO SUL

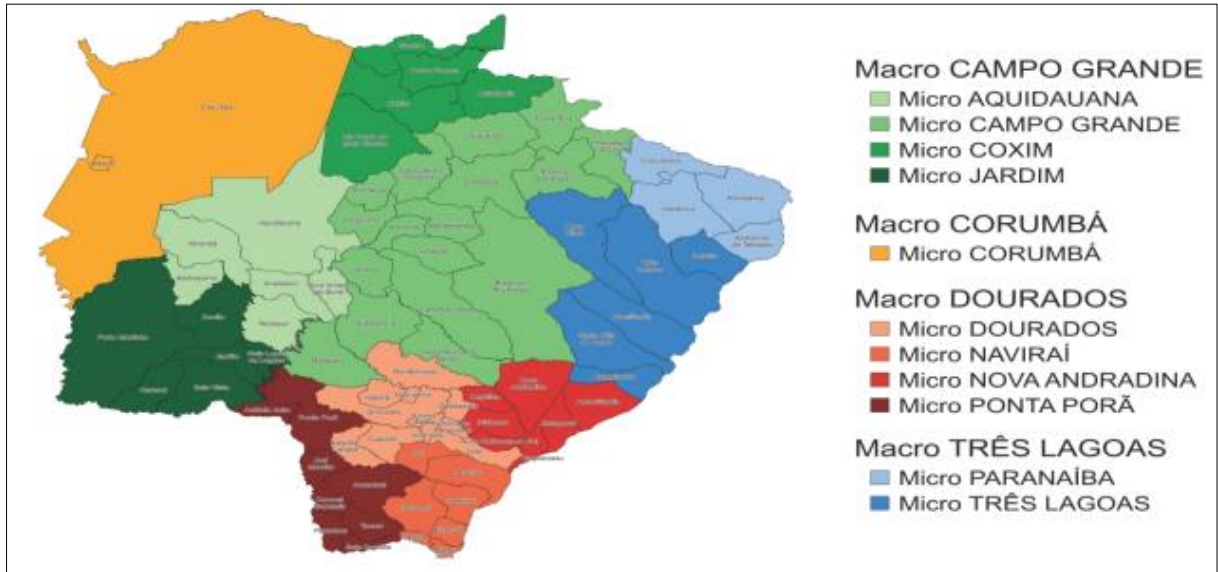
4.1 Caracterização do estado do Mato Grosso do Sul

O Mato Grosso do Sul ocupa, no Brasil, o sexto lugar em território (357.142km²) correspondendo a 4,19% da área total do Brasil (8.510.417 km²) e 22,22% da área da Região Centro-Oeste (IBGE, 2024), o que indica a necessidade de uma desconcentração espacial e interiorização dos serviços. Com 79 municípios, a sua capital e maior cidade é Campo Grande, e outros municípios de grande porte são Dourados, Três Lagoas, Corumbá, Ponta Porã, Aquidauana, Nova Andradina e Naviraí. O estado é limítrofe com o mais populoso centro consumidor e maior parque industrial da América Latina, compreendido por São Paulo, Paraná e Minas Gerais, e com outros estados que detêm a maior produção de alimentos no Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul, 2020).

O processo de regionalização resultou no estabelecimento de quatro Regiões de Saúde, de acordo com a Resolução n.º 04/SES/MS/2013, alterada pela Resolução n.º 90/SES/MS de 11 de novembro de 2014 (Mato Grosso do Sul, 2014). Conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), estas se subdividem em 11 microrregiões, como ilustra a Figura 4.

Nesse contexto, o Mato Grosso do Sul adota o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, que estabelece diretrizes para o controle e enfrentamento dos principais grupos de agravos crônicos em saúde: cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes mellitus - estes indissociáveis de fatores de risco modificáveis como alimentação inadequada, obesidade e inatividade física (Brasil, 2021a).

Figura 4 - Mapa das macrorregiões e microrregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul.



Fonte: Mato Grosso do Sul, 2020, p.119³

4.2 Diagnóstico situacional do estado Mato Grosso do Sul e classificação de sobrepeso e obesidade

A transição epidemiológica e nutricional segue um processo de modificações no padrão de consumo alimentar que são por vezes influenciadas pelas mudanças demográficas e variações socioeconômicas (Popkin *et al.*, 2021). No cenário atual, a piora dos indicadores de saúde e nutrição, o aumento da desigualdade social, redução ao acesso aos alimentos e baixa qualidade da dieta impactam ainda mais no período da pandemia de Covid-19 (Mendes *et al.*, 2021; Moura *et al.*, 2021).

A configuração do sistema alimentar hegemônico tem favorecido uma maior disponibilidade e acessibilidade a alimentos ultraprocessados e com alta densidade energética, com declínio no consumo de frutas e hortaliças, destacando-se a concessão de subsídios a alimentos industrializados, tornando seus preços mais baratos em comparação a alimentos *in natura* e minimamente processados (Darmon; Drewnowski, 2015; French *et al.*, 2019). Ao sistema alimentar tem-se atribuído a determinação sinérgica de mudanças climáticas e a dupla carga de má nutrição (desnutrição e obesidade), principalmente em países em desenvolvimento, em virtude das desigualdades sociais, econômicas e políticas (Swinburn *et al.*, 2019).

³ MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020 – Campo Grande: SES, 2020. 301 p.

Dados do VIGITEL de 2023 indicam que 24,3% da população adulta brasileira vive com obesidade. Porém, quando olhamos para a capital Campo Grande, a mesma supera a média nacional em 2,7% de prevalência, correspondendo à segunda capital do País com mais casos de obesidade (Brasil, 2023). Quando olhamos para o estado do MS como um todo a partir de dados dos relatórios públicos do SISVAN, em relação à população coberta pela APS, a situação é ainda mais alarmante. Do total de adultos avaliados no ano de 2023, 38,8% tinham IMC acima de 30kg/m², ficando acima da média da região Centro-oeste (34,3%) e da nacional (33,5%) (Brasil, 2024a).

É importante frisar também que em 2019, o estado brasileiro com maior número de mortes atribuíveis ao excesso de peso foi o Mato Grosso do Sul, com 959,7 mortes por milhão de habitantes no ano de 2019 (Rezende *et al.*, 2022).

4.3 Caracterização epidemiológica do sobrepeso e obesidade por faixa etária no estado do Mato Grosso do Sul

A situação do excesso de peso e das DCNT tem sido acompanhada pela Coordenação de Doenças Crônicas da SES/MS em parceria com o Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA), a fim de embasar as ações de planejamento em saúde com dados epidemiológicos para tomada de decisão. Portanto, dados coletados via Sistemas de Informação em Saúde (SIS) têm subsidiado essa ação de vigilância e apoiado a construção da LCSO.

A metodologia para análise da situação alimentar e nutricional do estado do Mato Grosso do Sul consiste na construção de uma série histórica de 2015 a 2022 (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023), por meio dos relatórios oficiais do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), alimentados pela APS do estado MS. A compilação dos dados do SISVAN em série histórica permite ao estado o entendimento de tendências de aumento ou diminuição nas prevalências de excesso de peso por faixa etária.

Tabela 1 - Prevalência de Sobrepeso e Obesidade, por ciclo de vida e região de saúde, Mato Grosso do Sul, 2022.

REGIÃO DE SAÚDE	CICLO DE VIDA	Prevalência (%) de sobrepeso	Prevalência (%) de obesidade
CAMPO GRANDE	Criança < 5 anos	7,3	4,4
	Criança 5 a < 10 anos	9,3	14,8**
	Adolescentes	22,0	15,3**
	Gestantes	28,0	27,9
	Adultos	33,4	39,1***
	Idosos*		56,26
CORUMBÁ	Criança < 5 anos	6,8	4,3
	Criança 5 a < 10 anos	12,7	11,2**
	Adolescentes	18,8	13,4**
	Gestantes	22,7	34,5
	Adulto	31,7	42,8***
	Idosos*		56,4
DOURADOS	Criança < 5 anos	7,7	5,2
	Criança 5 a < 10 anos	16,2	14,7**
	Adolescentes	20,7	13,8**
	Gestantes	28,3	25,8***
	Adultos	33,9	35,9
	Idosos*		56,2
TRÊS LAGOAS	Criança < 5 anos	18,8	5,3
	Criança 5 a < 10 anos	16,5	15,7**
	Adolescentes	19,4	15,9**
	Gestantes	28,6	25,3***
	Adultos	32,2	37,9
	Idosos*		57,2

*Segundo classificação oficial adotada pelo Ministério da Saúde, não há divisão de sobrepeso e obesidade para idosos, sendo todos com IMC acima de 27kg/m² agrupados como “Excesso de peso”, segundo Lipschitz, 1994.

**Segundo classificação oficial adotada pelo Ministério da Saúde, crianças de 5 a 10 anos e adolescentes (10 a 19 anos) existe a classificação de obesidade (+2 escores Z) e obesidade grave (+3 escores Z). As prevalências apresentadas são a somatória das duas classificações.

***Segundo classificação oficial adotada pelo Ministério da Saúde, para adultos há a classificação Obesidade grau I (30,0 a 34,99kg/m²), Obesidade grau II (35,0 a 39,99kg/m²) e Obesidade grau III (>40,0kg/m²). As prevalências apresentadas são a somatória das três classificações.

Fonte: Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Público de Estado Nutricional, IMC para adultos. Consulta em dezembro de 2022, pelo link <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>.

Para melhor compreensão do diagnóstico nutricional, utiliza-se como referência o estudo realizado pelo Grupo OCCA-UFMS em todas as faixas etárias, que pode ser consultado em: <https://nutricao.saude.ms.gov.br/?p=3105> (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

4.3.1 Evolução do estado nutricional em crianças de 0 a 9 anos no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022

A evolução da prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), em meninos e meninas de até 6 meses, não apresentou diferenças entre os sexos, porém em 7 anos de acompanhamento, vemos uma tendência de queda na prevalência de AME (apenas 53,0% das crianças avaliadas em 2022 estavam em AME), o que pode impactar nas futuras prevalências de excesso de peso das crianças do estado, visto que o AME é fator protetor em relação à obesidade (Balaban; Silva, 2004).

Em relação à antropometria, o cenário se contrabalança em relação ao baixo peso e excesso de peso nos diferentes indicadores extraídos do SISVAN para faixa etária. As prevalências de excesso de peso em menores de 6 meses têm apresentado queda, porém indicadores de magreza segundo o IMC têm aumentado, o que pode denotar indícios de insegurança alimentar e nutricional na população (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

Para os indicadores em crianças entre 6 meses e dois anos de idade, destaca-se o Aleitamento Materno Continuado (AMC), que atingiu o patamar de 56,0% no ano de 2022, após um período de queda (2021). O mesmo ocorreu para o indicador de Introdução Correta dos alimentos de 6 a 8 meses, sendo que em 2022 o mesmo teve prevalência de apenas 40,0% das crianças fazendo a correta introdução, porém apresentando aumento após queda em 2021 (24,0%). Constituem-se como indicadores dos primeiros 1.000 dias da criança e evidências têm apontado que ações de aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar adequada e saudável podem ser protetoras em relação à obesidade infantil, portanto funcionando como um importante ponto a ser acompanhado pela LCSO na perspectiva de promoção da saúde e prevenção da obesidade (Martins; Haack, 2012; Sousa *et al.*, 2023).

Na mesma faixa etária, quando olhamos para marcadores de consumo alimentar que podem desenvolver comportamentos ditos de risco para obesidade, vemos que entre essas crianças de 6 a 24 meses, temos uma tendência de queda na prevalência do consumo desse tipo de alimento de 2015 (53,0%) até 2021 (42,0%), porém para o ano de 2022 constatamos que 53,0% das crianças do estado fizeram o consumo de pelo menos um alimento desse tipo no dia anterior. Evidências brasileiras já apontam a associação entre obesidade e a introdução precoce de ultraprocessados na dieta

dessa faixa etária (Lopes *et al.*, 2020); logo, esse comportamento é de interesse para monitoramento e intervenção da LCSO numa perspectiva de prevenção da obesidade e de seu agravamento através das faixas etárias da vida. Para os indicadores de estado nutricional, via IMC para idade, vemos na faixa etária de 6 a 24 meses um fenômeno parecido com o visto para menores de 6 meses, da coexistência da magreza para idade com o excesso de peso e obesidade. Porém, nessa faixa etária, vemos maiores prevalências de excesso de peso, com valores voltando a subir em 2022 (14,8%), após um período de queda de 2019 a 2021 (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023). Para crianças em fase pré-escolar e escolar, temos prevalências de marcadores de consumo muito parecidos, sendo que há queda drástica no relato de se fazer pelo menos 3 refeições por dia, o que pode impactar diretamente nas prevalências de obesidade na faixa etária, com a substituição de refeições completas por lanches ricos em alimentos ultraprocessados (Mello *et al.*, 2004), o que também pode refletir questões sobre segurança alimentar e nutricional para população do estado, que também devem ser sensíveis a LCSO, uma vez que desigualdade social determina a dupla carga de má nutrição. Em 2022, o indicador voltou a subir para 83,0% (crianças de 2 a 4 anos) e 81,0% (crianças de 5 a 10 anos), porém o mesmo deve ser enfatizado na APS como um dos fatores protetores contra a obesidade infantil (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

Nessas faixas etárias também houve tendência de queda no consumo de feijão e frutas entre os anos de 2015 e 2021. Tratando-se de são alimentos in natura e minimamente processados, são protetores de obesidade infantil (Brasil, 2022c). Em 2022, o consumo de feijão atingiu 88,0% entre os pré-escolares, mostrando aumento de 4% em um ano. O mesmo aconteceu para o consumo de frutas, que alcançou 78,0% em 2022 contra 59,0% em 2021 para pré-escolares e 71,0% em 2022 contra 55,5% em 2021 para escolares (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

Em relação ao consumo de ultraprocessados, o mesmo é alarmante na faixa etária, com predomínio de ingestão na véspera em 84,0% das crianças de 2 a 4 anos e 88,0% de crianças de 5 a 10 anos. Apesar do consumo em 2022 ter sido menor que em 2021 (cerca de 91,0%), o ainda é muito prevalente no público infantil. Esses alimentos são fatores de risco para obesidade infantil e devem ser de interesse de monitoramento da LCSO, pois há estudos mostrando tendências da obesidade infantil se perpetuar ao longo da vida adulta (Verde, 2014; De Melo Almeida *et al.*, 2020).

No que concerne ao estado nutricional de pré-escolares e escolares, podemos ver aumento do excesso de peso ao longo dos anos. Quando olhamos para o indicador IMC para idade, percebemos que a prevalência de excesso de peso em 2022 era de 11,6% para menores de 5 anos e de 14,8% para crianças entre 5 e 10 anos. Esses valores vêm se mantendo na série histórica, desde 2015, o que precisa ser monitorado pela LCSO, como potencial fator de risco para obesidade na vida adulta. Acrescidos às elevadas frequências de consumo de ultraprocessados e a redução no consumo de feijão e frutas, exibem tendência de aumento no excesso de peso para idade nas crianças sul-mato-grossenses (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

4.3.2 Evolução do estado nutricional em adolescentes no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022

Quando avaliamos os dados coletados na APS para adolescentes em relação à VAN, com marcadores de consumo alimentar e estado nutricional, vemos que a situação se agrava no que se refere ao excesso de peso, quando comparados às crianças. Dados do SISVAN para 2022 mostram que 87,0% dos adolescentes consumiram pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior à avaliação, enquanto o consumo de frutas foi de apenas 66,0% e de feijão, 87,0%. Quando comparamos com a série histórica até 2021, as prevalências dos 3 parâmetros voltam a patamares pré-pandemia da COVID-19 (89,0%, 71,0% e 88,0%, respectivamente), o que pode nos indicar que as flutuações nos valores das prevalências perpassam pela constituição dos ambientes alimentares e acessibilidade a alimentos saudáveis.

Na avaliação do estado nutricional, para excesso de peso, vemos que, em 2022, 14,7% dos adolescentes avaliados na APS tinham obesidade ou obesidade grave, e o excesso de peso somava 35,9%. Quando se olha pela série histórica (2015 a 2021), identifica-se que esses valores vêm se mantendo e, principalmente, a obesidade grave (+3 escore Z) vem piorando ao longo do tempo (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023). As prevalências de má alimentação e obesidade na adolescência devem ser objeto de observação e intervenção da LCSO, uma vez que, como a obesidade na infância, a obesidade em adolescentes está associada a desfechos desfavoráveis em saúde na vida adulta e idosa (Bhutta *et al.*, 2023).

4.3.3 *Evolução do estado nutricional em adultos no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022*

No que tange aos fatores acompanhados pelo SISVAN para vigilância alimentar e nutricional da população adulta e objeto da presente linha de cuidado, é preciso avaliar a série histórica, a fim de identificar demandas de cuidado integral às pessoas com obesidade.

Quando se olha para os marcadores de consumo de adultos no estado de Mato Grosso do Sul, para o ano de 2022, 89,0% dos adultos referiram o consumo de feijão, 67,0% referiram consumo de frutas e 76,0% de consumo de ultraprocessados. Na série história desses três marcadores (de 2015 a 2022), para feijão e frutas não há tendência significativa de queda ou aumento no consumo; porém, para ultraprocessados, quando se observam as prevalências anuais, observa-se aumento significativo de cerca de 0,52% ao ano ($p=0,035$) (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

Para avaliação da obesidade em adultos, é preciso entender que há três níveis de obesidade, e juntamente com a faixa de sobrepeso, resultam na carga de excesso de peso da população. Portanto, é importante explorar as tendências de cada faixa de interesse de excesso de peso, podendo-se atribuir, especificamente a cada ponto da RAS a abordagem direcionada para cada estrato.

Inicialmente, quando olhamos para a faixa de adultos em eutrofia (IMC adequado), vemos uma tendência de queda neste estado nutricional de 2015 para 2022 para as quatro macrorregiões do Estado, sendo essa diminuição de cerca de 0,78% ao ano ($p=0,001$). Para o ano de 2022 a prevalência de adultos com IMC adequado foi de 26,9%. O mesmo ocorre para a faixa de sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²), onde há tendência de diminuição das prevalências nos 7 anos de observação dos dados do SISVAN em cerca de 0,56% ao ano ($p = 0,352$). Para o ano de 2022, a prevalência de sobrepeso em adultos foi de 33,41% (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

A saída de indivíduos da faixa de sobrepeso e da eutrofia significa dizer que os mesmos têm ganhado peso e entrado nas faixas de obesidade. Na série histórica de 2015 a 2022, para obesidade grau I (30 a 34,99 kg/m²) pode-se observar tendência de aumento de 3,80% ao ano ($p=0,001$) no estado de Mato Grosso do Sul, sendo que

a prevalência em 2022 foi de 22,6% dos adultos atendidos na APS (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

Para obesidade grau II (35 a 39,99 kg/m²), as tendências de prevalência aumentam assim como na obesidade grau I, sendo que, de 2015 a 2022, houve um aumento de 3,00% ao ano ($p=0,001$) nos casos de obesidade grau II. O cenário se repete para obesidade grau III (>40 kg/m², faixa de IMC elegível para cirurgia bariátrica), sendo que o Estado teve uma tendência de aumento anual de 2,69% ($p=0,007$) (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

4.3.4 Evolução do estado nutricional em idosos no estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022

Em relação à análise da situação de excesso de peso entre idosos via SISVAN, há nuances importantes para se levar em consideração na LCSO. Apesar de haver uma referência classificatória distinta daquela adotada para o estado nutricional de adultos, deve ser conferida atenção especial ao sobrepeso dentro da LCSO, sem desconsiderar, no entanto, o fato de que a sarcopenia senil possa mascarar a avaliação do ganho de peso nocivo à saúde.

A população idosa é a que menos consome ultraprocessados no estado, em relação às demais faixas etárias, porém seu consumo observado na série histórica de 2015 a 2021 se mostra alto, ficando perto dos 70,0% em todos os anos observados, com aumento da prevalência para 76,0% em 2021 durante a pandemia de COVID-19 (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

Em 2022, o consumo foi de 65,0%, o que ainda é preocupante, apesar da queda, pois esses alimentos estão correlacionados com DCNT cuja prevalência mais elevada é observada nessa fase do ciclo da vida (Brasil, 2021a).

Por outro lado, o consumo de alimentos que constituem fatores de proteção, como feijão (62,0%) e frutas (45,0%) apresentou queda nos anos de pandemia da COVID-19 (2020 e 2021), indicando forte influência socioeconômica sobre o acesso aos mesmos, porém seu consumo voltou a subir nessa faixa etária em 2022 (91,0% para o feijão e 72,0% para frutas).

Em 2022, a prevalência de excesso de peso na população idosa foi de 56,3%, indicando pequena diminuição em relação ao valor visto em 2020 e 2021 (cerca de 58% durante a pandemia). O estado nutricional de idosos deve ser objeto de análise

da LCSO de Mato Grosso do Sul, pois essa população possui altas prevalências de DCNT e o excesso de peso é fator de risco e agravante de todas essas condições (Brasil, 2014b; Brasil, 2021a).

4.3.5 Evolução do estado nutricional em gestantes no Estado do Mato Grosso do Sul, de 2015 a 2022

A LCSO deve contemplar a vigilância alimentar e nutricional de gestantes, visto que a obesidade se configura como fator de risco para desfechos desfavoráveis da gravidez, e condições como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e diabetes gestacional - causas evitáveis de morte materna (Tintori *et al.*, 2022).

As prevalências no consumo de feijão e frutas foram decrescentes no período avaliado, com variação de 81,0% para 84,0% quanto à leguminosa e de 76% para 70% quanto às frutas, com as menores prevalências registradas no ano de 2021, durante a pandemia de COVID-19. As gestantes também apresentaram alta prevalência no consumo de alimentos ultraprocessados, cerca de 85%. Em relação ao estado nutricional, em 2022, 24,8% apresentaram obesidade segundo idade gestacional quando atendidas na APS do estado de Mato Grosso do Sul. Por sua vez, o excesso de peso por IMC gestacional foi de 53,79%, prevalência que se elevou na pandemia (2020 e 2021) e se manteve no patamar no ano subsequente (Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, 2023).

Tabela 2 - Prevalência de Sobrepeso, Obesidade e Excesso de peso, em todas as faixas etárias, da população atendida na APS no estado de Mato Grosso do Sul, série histórica de 2017 a 2022.

Estado Nutricional (IMC de adultos)	Percentual (%)					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sobrepeso (25 a 29,99 kg/m²)	32,9	32,9	32,7	32,8	32,3	33,4
Obesidade Grau I (30 a 34,99 kg/m²)	21,3	21,6	22,2	22,6	23,2	22,6
Obesidade Grau II (35 a 39,99 kg/m²)	8,9	9,0	9,6	10,2	10,5	9,9
Obesidade Grau III (>40 kg/m²)	4,5	4,6	4,9	5,5	6,5	5,4
Excesso de Peso (somatória das 4 categorias acima)	67,6	68,1	69,4	71,1	72,5	71,3

Fonte: Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Público de Estado Nutricional, IMC para adultos. Consulta em dezembro de 2022, pelo link <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional>.

4.4 Caracterização epidemiológica do sobrepeso e obesidade da população indígena de Mato Grosso do Sul

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os povos indígenas no Brasil correspondem a quase 1,7 milhão de pessoas. Apesar de este número alcançar 0,83% da população brasileira (IBGE, 2022), as 305 etnias indígenas estão presentes em 80,5% dos municípios brasileiros e em todos os estados da federação (IBGE, 2012). Estes povos apresentam os piores índices epidemiológicos de saúde quando comparado aos não indígenas, com altas taxas de doenças endêmicas, carências nutricionais e doenças infecciosas (Coimbra Jr, 2014; Pedrana *et al.*, 2018).

No Mato Grosso do Sul - o terceiro estado em número de indígenas no Brasil, com 11.344 pessoas (IBGE, 2022) - vivem hoje 11 diferentes etnias, sendo elas: Guarani Ñandeva (que se autodenominam Guarani ou Ava Guarani), Guarani Kaiowá (que se autodenominam Kaiowá ou Guarani Kaiowá), Terena, Kinikinau, Kadiwéu, Ofaié, Guató, Chamacoco, Ayoreo, Cambá e Atikum (Chamorro; Combés, 2015). O povo Guarani e os Terena somam 97,8% do total de 81.517 indígenas atendidos pelo Distrito Sanitário Indígena do MS (DSEI-MS) em 2024.

Embora as doenças infecciosas e endêmicas sejam um problema recorrente entre os povos indígenas do país, a obesidade e as demais DCNT não param de crescer, acompanhando a transição nutricional do brasileiro não indígena. O Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado em 2008-2009 em aldeias das cinco macrorregiões do país, revelou que o excesso de peso entre as mulheres é alarmante, estando 45,9% delas com algum grau de excesso de peso: 30,2% com sobrepeso e 15,7% de obesidade (Cardoso *et al.*, 2009).

Outros estudos com povos indígenas no Brasil confirmam o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) entre mulheres adultas de diversas etnias. Os valores superam 50% em alguns estudos, a saber: Capelli e Koifman (2001): 62,5% em mulheres do povo Parkatêjê; Gugelmin e Santos (2001): 90,5% entre as Xavante de São José; Lourenço *et al.* (2008): 58,5% entre as Suruí; e Saad (2005): 60,2% entre as Terena.

Freitas *et al.* (2016) avaliaram o estado nutricional de mulheres Guarani, Kaiowá e Terena da Reserva Indígena de Dourados no ano de 2013, identificando 71,2% de prevalência de excesso de peso, sendo 40,3% de sobrepeso e 30,9% de

obesidade. O Inquérito de Saúde e Nutrição Materno Infantil do Mato Grosso do Sul, realizado pela Fiocruz MS, avaliou 227 mulheres 12 meses após o nascimento de seus filhos, em 2023, e encontrou valores um pouco mais altos do que os do Inquérito Nacional de 2008-2009 e semelhantes ao estudo de Freitas, Souza e Lima (2016), com excesso de peso em 64,2%, sendo 33,4% de sobrepeso e 30,8% de obesidade grau 1, 2 e 3 (dados ainda não publicados).

Leite (2007, 2012) vem discutindo, há alguns anos, as transformações na alimentação e no modo de vida dos povos indígenas, que refletem diretamente na saúde. Estas mudanças são resultado de diversos fatores ambientais, dos modos de vida, dos territórios modificados e dos modos de produzir alimentos e saúde, que foram transformados e sofreram interferência da colonização brasileira ao longo da história. Muitos povos indígenas passam a se aproximar cada vez mais das cidades, tendo acesso mais facilitado a alimentos ultraprocessados, consumindo alimentos das cestas básicas e transformando seus modos de produção de alimentos.

No MS, a retirada dos povos Guarani, Kaiowá e Terena de seus territórios tradicionais e sua acomodação em oito reservas indígenas no estado, pelo Serviço de Proteção ao Índio, entre 1915 e 1928, explica muito sobre a transformação dos seus territórios e facilidade de acesso às cidades (Brand, 1997; Mota; Cavalcante, 2019). Os territórios demarcados compulsoriamente não possuem fontes de água potável, nem mata para caça e pouco ou nenhum espaço para plantio de suas roças, que eram abundantes em séculos anteriores (Brand, 1997; Mota; Cavalcante, 2019).

O resultado do deslocamento dos indígenas para as reservas resultou, nos anos 2000, em uma taxa de mortalidade infantil no Polo Base de Dourados que atingiu 141 óbitos para cada mil nascidos vivos (DSEI/MS, 2019), enquanto, no mesmo ano, no MS, as taxas atingiram uma média de 23 óbitos por mil. As crianças recém-nascidas que sobreviveram, que passaram por privação na gestação e na primeira infância, também possuem mais chances de terem se tornado obesas na vida adulta.

Assim, é importante que esforços conjuntos entre SES e SESAI, por meio do DSEI-MS, encontrem formas de minimizar os impactos do excesso de peso na população. A demarcação de suas terras ancestrais é a primeira necessidade imediata para garantir saúde e melhora na alimentação. Um estudo realizado em cinco retomadas de território em MS com 480 famílias, no ano de 2023, revelou que, para 94,9% dos indígenas que retomaram seus territórios tradicionais (Tekoha) a alimentação melhorou, e para 79,4% das famílias, retomar seus Tekoha melhorou a

saúde (Luz *et al.*, 2023). Isso, devido à possibilidade de retomarem seus modos de ser e produzir saúde, por meio de suas roças e cultivo de plantas medicinais para remédios, já que voltam a se relacionar com seus territórios ancestrais, voltando a ter espaço e retomando seus modos de se organizarem (Luz *et al.*, 2023).

Portanto, o território é a necessidade primária para garantia de melhora da alimentação e saúde dos indígenas do MS. Enquanto isso, esforços paliativos devem ser realizados para garantia de acesso a água, prioritariamente, e a alimentos de qualidade dentro das reservas indígenas, além da melhora na qualidade das cestas básicas de alimentos do estado, do município e da Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) (entregue pela FUNAI nas áreas de retomada), com a presença de alimentos *in natura* e minimamente processados, a partir de consulta prévia aos povos indígenas interessados. Por fim, esforços relacionados à educação alimentar e nutricional (EAN) por meio das escolas e da APS devem ser valorizadas pelos professores e equipes multiprofissionais de saúde indígena.

VERSÃO PRELIMINAR de consulta pública - INACOMARTE/PR

5 PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Entendem-se como pontos da RAS os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde com variadas densidades tecnológicas. Dentro desse processo, as diretrizes clínicas orientam decisões assistenciais de prevenção e promoção, assim como a organização de serviços de relevância sanitária, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Viabilizam e orientam as Linhas de Cuidado de modo que se estabeleça uma comunicação entre as equipes e serviços, com programação de ações e padronização de determinados recursos (Mendes, 2011).

A articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientados por diretrizes clínicas, entre as unidades dos diferentes pontos da RAS de uma dada região de saúde, contribuem para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Consequentemente, visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e da conectividade de papéis e de tarefas que pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas (Brasil, 2010).

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos no desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, onde se ordenam fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (Brasil, 2017a).

Sendo assim, a APS considera a pessoa em sua singularidade, em seu mergulho sociocultural, por meio de atenção integral com incorporação das ações de vigilância em saúde, constituindo um aparato de processos contínuos e sistemáticos de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados

à saúde, com um olhar sobre o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2017a).

Dentro da LCSCO, a APS se incumbe das ações de promoção da saúde e da vigilância alimentar e nutricional da população e assistência terapêutica multiprofissional. As pessoas com sobrepeso e obesidade devem ser acompanhadas por, no mínimo, dois anos na APS, com registro em prontuário de todas as intervenções desenvolvidas, tendo intervenções reguladas para a atenção especializada quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS (Brasil, 2013a).

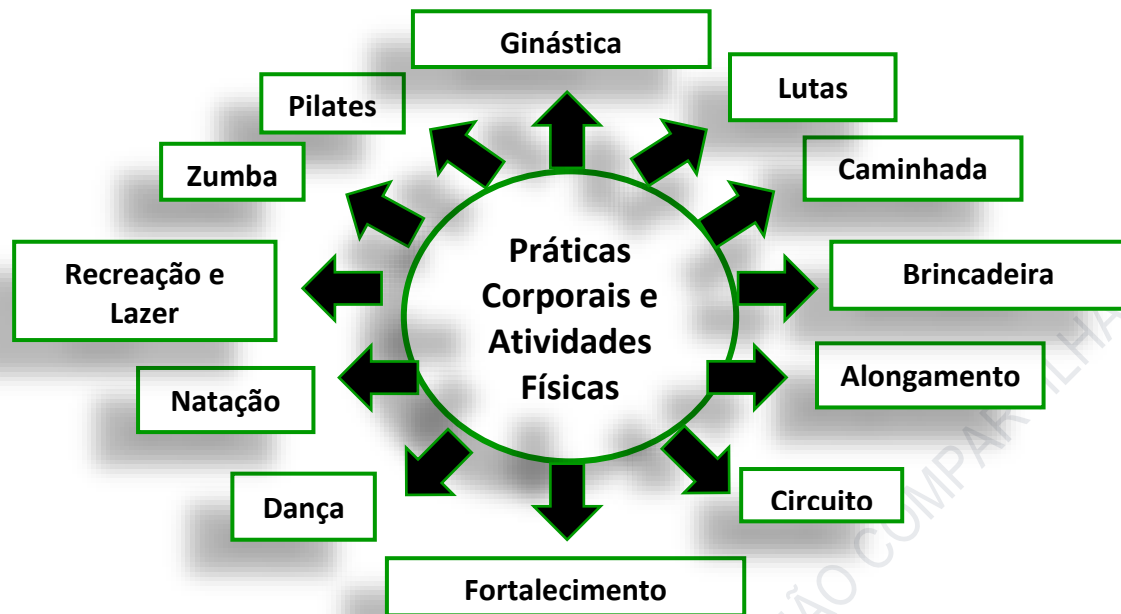
Para uma abordagem ser específica na atenção à saúde das pessoas com obesidade, as diversas categorias profissionais devem ser envolvidas, suscitando o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade. A APS pode realizar busca ativa e captação de pessoas com excesso de peso, tanto por meio da equipe mínima da ESF quanto pelos profissionais complementares matriciadores do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), incluindo categorias como enfermeiro, nutricionista, profissional de Educação Física, médico, técnico de Enfermagem, agente comunitário de saúde e outras (Brasil, 2017a).

O apoio matricial por equipe multiprofissional ampliada é favorecido pela presença da e-Multi em alguns municípios do Mato Grosso do Sul. Nessa configuração, a LCSO no estado do Mato Grosso do Sul também conta com apoio das Academias de Saúde e das Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

As PICS são ofertadas no SUS desde 1988, porém, foram instituídas enquanto política pública em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Ela se constituiu a partir das demandas sociais recorrentes manifestadas nas diversas Conferências Nacionais de Saúde e das diretrizes e recomendações aos Estados Membros da OMS (Brasil, 2006).

Ao se incorporar as PICS no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade, maximiza-se a eficácia no cuidado de indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade, especialmente para redução do IMC e do peso corporal (Brasil, 2006).

Figura 5 - Ações realizadas no eixo práticas corporais e atividades físicas nas academias de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, 2022.



Fonte: SES/MS, 2022.

As pessoas com sobrepeso e obesidade devem ser acompanhadas por, no mínimo, dois anos na APS, com registro em prontuário de todas as intervenções desenvolvidas com o usuário. Esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS, caberá o compartilhamento de intervenções com a atenção especializada (Brasil, 2013a).

Por meio do atributo essencial da longitudinalidade do cuidado, a APS deve coordenar o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade entre os diferentes pontos de atenção da rede, prestando assistência multiprofissional aos usuários que realizaram o tratamento cirúrgico para obesidade, findado o período de acompanhamento pós-operatório realizado na AEH (Brasil, 2013a).

Vale ressaltar que a garantia de apoio diagnóstico e terapêutico convergente para resolutividade da APS no controle da obesidade inclui aspectos de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (como rampas de acesso, portas largas, cadeiras, macas e balanças com capacidade para mais de 200 kg, esfigmomanômetro, entre outros), oferta e acesso regular a exames solicitados e a medicamentos prescritos, oferta de PICS, teleconsultoria, apoio matricial, articulação com demais pontos da RAS, entre outros.

5.1.1 Programas de saúde adjuvantes para organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS

Os programas listados abaixo são reconhecidamente importantes para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Deste modo, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul entende que a adequada gestão de suas ações é imprescindível para o cuidado das pessoas com obesidade e por isso reforça a necessidade da implementação.

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde, Educação e Assistência Social, que foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007).

A responsabilidade da APS com o território e sua população é permanente, incluindo a comunidade escolar. A adesão ao PSE é uma forma de sistematizar as intervenções voltadas a esse público no âmbito das redes públicas de saúde e de educação. Essa adesão é um compromisso assumido pelas Secretarias da Saúde e Educação com a garantia da atenção integral à saúde dos estudantes e formação integral, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Essencialmente, consiste na formalização dessas secretarias na pactuação a cada dois anos das ações do Programa a serem desenvolvidas nas comunidades escolas do território.

Os temas para as ações do PSE a serem pactuadas que atendem a LCSO, e por isso devem ser priorizadas, são (Brasil, 2022d):

- Saúde ambiental
- Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e alimentação saudável e prevenção da obesidade.

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda nacional, reconhecido internacionalmente, que visa garantir renda básica para as famílias em situação de pobreza. O PBF busca integrar políticas públicas, fortalecendo o acesso das famílias a direitos básicos como saúde, educação e assistência social.

Entre as condicionalidades do programa que corroboram com a LCSO está a realização do acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de sete anos e gestantes.

Além disso, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua reforça que o PBF é uma estratégia capaz de reduzir em 91,7% a pobreza na primeira infância, bem como as desigualdades no Brasil, o que impacta positivamente em indicadores de SAN (Brasil, 2024b).

Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos, onde são ofertadas práticas de atividades físicas para a população. Esses polos fazem parte da rede de APS e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

É importante destacar que não é um serviço isolado, o PAS integra a RAS como componente da APS, fazendo parte das linhas de cuidado. Destaca-se a sua maior resolubilidade ao comprometer-se com a articulação intersetorial, buscando a integralidade no cuidado dos usuários do SUS.

Nessa lógica, são previstas para o desenvolvimento do Programa várias possibilidades de práticas de cuidado em saúde, embasadas em oito componentes, que são, ao mesmo tempo, eixos e ações a serem desenvolvidas localmente pelo Programa (Brasil, 2018a):

1. Práticas corporais e atividades físicas;
2. Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
3. Promoção da alimentação saudável;
4. Práticas integrativas e complementares;
5. Práticas artísticas e culturais;
6. Educação em saúde;

7. Mobilização da comunidade;
8. Planejamento e gestão.

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) tem o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da APS. A iniciativa pretende estimular a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS (Brasil, 2021b).

As ações têm como princípio a educação permanente em saúde e se baseiam em uma metodologia crítico-reflexiva, desenvolvida por meio de atividades teóricas e práticas, leituras e discussões de texto, troca de experiência, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação.

Portanto, devem ser estimuladas a formação de tutores em nível local, para a garantia da oferta de serviços tais como: identificação, cadastro e monitoramento das práticas alimentares de crianças menores de 2 (dois) anos de idade, por meio das ações de vigilância alimentar e nutricional; fortalecimento da atenção nutricional integral, priorizando as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável, de acordo com a EAAB; e a implementação de ações intersetoriais e de caráter comunitário para promoção da saúde de crianças menores de 2 (dois) anos de idade, de forma a apoiar famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis e o controle de doenças e agravos decorrentes da má alimentação (Brasil, 2021b).

Programa Crescer Saudável

O Programa Crescer Saudável, criado em 2017, estabelece, no âmbito do Programa Saúde na Escola, um conjunto de ações a serem implementadas com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país por meio de ações a serem realizadas no âmbito do PSE, para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I.

Atualmente o Crescer Saúde foi incorporado ao PSE. Contudo, as ações estimuladas por este programa podem servir de inspiração para o planejamento de ações em nível local, sendo elas:

1. Avaliar o estado nutricional (peso e altura) das crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas participantes do PSE;
2. Ofertar atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE no seu município;
3. Ofertar atividades coletivas de promoção das práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I nas escolas que participam do PSE no seu município;
4. Atender as crianças identificadas com obesidade por meio de intervenção e cuidado na rede de Atenção Primária à saúde do município.

Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA)

A Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021 é uma iniciativa brasileira voltada para a prevenção e atenção à obesidade infantil e suas consequências, utilizando intervenções efetivas e de alto impacto, baseadas em evidências (Brasil, 2022e).

Os principais responsáveis por essa iniciativa são os gestores municipais de saúde. As ações propostas pela estratégia requerem articulação local para a sua implementação com outros setores tais como educação, assistência social, agricultura, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento urbano, esportes, câmara de vereadores, entre outros que tenham capacidade de planejar e implementar ações capazes de proporcionar ambientes e cidades favoráveis às escolhas e hábitos de vida saudáveis. Atores não governamentais e organismos internacionais também podem apoiar a prevenção e a atenção à obesidade infantil.

Cada letra da palavra PROTEJA representa um conjunto de ações recomendadas para serem desenvolvidas pelos municípios de todos os entes federados. Com ações essenciais e complementares a serem realizadas:

P - Primeiro contato: Garantir que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o principal locus de monitoramento do estado nutricional, de promoção da saúde, de prevenção do ganho de peso excessivo, de diagnóstico precoce e de cuidado adequado às crianças, aos adolescentes e às gestantes;

- Monitorar o estado nutricional e os marcadores de consumo alimentar de crianças, adolescentes e gestantes, de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde;
- Ofertar cuidado multiprofissional individual e coletivo na APS para gestantes com excesso de peso pré-gestacional ou ganho de peso gestacional excessivo, de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde;
- Ofertar cuidado multiprofissional individual e coletivo na APS para crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade, de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde;
- Equipar as UBS com, no mínimo, balança e estadiômetro (adulto e infantil), segundo normativas do Ministério da Saúde.

R - Responsabilização: Responsabilizar-se e envolver diversos parceiros na prevenção da obesidade infantil;

- Elaborar o passo a passo para a implementação do Proteja.

O - Organização: Organizar e implementar ações efetivas em seu município para prevenir a obesidade infantil;

- Incluir no plano municipal de saúde metas de prevenção e atenção à obesidade infantil pactuadas nas instâncias formais de gestão e controle social do SUS, incluindo representantes de outros setores da gestão pública;
- Articular intersetorialmente com os diversos setores afins para a gestão local do Proteja;
- Incluir nos Relatórios Anual de Gestão o andamento das ações pactuadas pelo município.

T - Transformação: Realizar ações inovadoras de incentivo à alimentação saudável e à prática da atividade física voltadas a indivíduos e comunidades.

- Implementar, fortalecer e/ ou expandir a EAAB no município;
- Realizar ações individuais e coletivas de EAN e de atividade física na UBS e outros espaços públicos para crianças, adolescentes e gestantes;
- Realizar ações de EAN e de atividade física nas escolas, principalmente por meio do PSE;
- Garantir a realização de pelo menos 15 minutos de atividade física por dia, para além das aulas de educação física curriculares, em todas as escolas e em todos os níveis de ensino.

E - Educação: Organizar processos de educação permanente para qualificação de profissionais do SUS, da educação e da assistência social e gestores na prevenção da obesidade infantil;

- Qualificar profissionais da educação, da APS, incluindo agentes comunitários de saúde, e da assistência social, sobre obesidade infantil, com base nos manuais, guias e protocolos do Ministério da Saúde.

J - Janela de oportunidade: Comunicar, investindo em ações de comunicação, para prevenir a obesidade infantil.

- Realizar campanhas institucionais nos meios de comunicação de massa sobre a obesidade infantil;
- Disponibilizar materiais impressos e digitais do Proteja e de diretrizes oficiais do Ministério da Saúde para a alimentação adequada e saudável e para a atividade física nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Polos de Academia da Saúde, hospitais e escolas.

A - Ambientes: Proteger os espaços frequentados pelas crianças e pelos adolescentes, por meio de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável e da atividade física.

- Atender ao que determina o artigo 22 da Resolução nº 06 de 08/05/20 do FNDE sobre o PNAE;
- Garantir cantinas escolares saudáveis;
- Criar circuitos de feiras e outras estratégias de comercialização de alimentos saudáveis que atendam a todas as regiões do município, especialmente em territórios mais vulneráveis;
- Promover e apoiar a agricultura urbana, hortas em ambientes institucionais, como escolas e serviços de saúde, e em espaços comunitários;
- Mapear e qualificar espaços já existentes e, se necessário, criar novos espaços para a prática de atividade física.

As ações complementares, intra e intersetoriais, que podem ser adotadas contemplam:

- Ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde:
- Qualificar o monitoramento das ações de atividade física realizadas;

- Realizar manejo do ganho de peso excessivo, do diabetes gestacional e da hipertensão induzida pela gravidez;
- Ofertar, pelo menos, uma opção de prática integrativa e complementar como parte da prevenção e do tratamento à obesidade infantil, na APS;
- Organizar o cuidado da obesidade infantil disponibilizando outros pontos da rede de atenção à saúde para encaminhamento dos casos graves de obesidade.
- Ações de formação (educação permanente):
- Disponibilizar carga horária para que os profissionais da APS do município que atuam na prevenção da obesidade infantil realizem pelo menos uma capacitação ou curso por ano oferecido pelo Ministério da Saúde na temática;
- Oferecer, pelo menos, uma capacitação por ano para profissionais da APS que atuam, principalmente com o público materno-infantil, na coleta antropométrica e avaliação dos marcadores do consumo alimentar;
- Oferecer, pelo menos, uma capacitação por ano sobre alimentação saudável, atividade física e obesidade para profissionais de comunicação social (jornalistas, publicitários, designers, etc.);
- Realizar parcerias com universidades e faculdades que ofereçam cursos da área da saúde para realização de projetos de pesquisa/extensão com a temática obesidade infantil no município.

Ações no âmbito das escolas:

- Criar legislação local para evitar a associação de alimentos não saudáveis às atividades de EAN, livros didáticos e eventos patrocinados em escolas;
- Estabelecer diretrizes para as Secretarias Municipais de Saúde e Educação ofertarem atividades de EAN, consubstanciadas nos princípios e diretrizes dos guias alimentares do Ministério da Saúde, da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e das normativas do FNDE;
- Efetivar as compras mínimas de produtos da agricultura familiar para o PNAE com os recursos do governo federal, conforme legislação vigente, e criar mecanismos para ampliação gradual do percentual de compras em parceria com os produtores locais e de outros municípios;

- Garantir a oferta gratuita de água potável (bebedouros em condições higiênicas sanitárias adequadas) nas escolas da rede pública;
- Instalar bicicletários nas escolas e armários para a guarda de material escolar;
- Investir na construção e manutenção de infraestrutura das escolas para a prática de atividade física.

Medidas amplas para a promoção da saúde e ambientes promotores da alimentação adequada e saudável e da prática de atividade física:

- Realizar audiência pública, junto ao Poder Legislativo, para discussão sobre prevenção da obesidade infantil;
- Apresentar projetos de lei sobre medidas estruturantes que promovam ambientes propícios aos hábitos e comportamentos adequados e saudáveis e à prevenção da obesidade infantil;
- Implementar programas e ações que possibilitem condições adequadas para o deslocamento ativo de crianças e adolescentes no trajeto de casa para a escola;
- Realizar ações regulares de lazer que envolvam atividade física de forma lúdica em locais públicos nas cidades;
- Realizar divulgação da rede de apoio de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e de atividade física no município;
- Fomentar cadeias de produção promotoras de uma alimentação adequada e saudável, considerando as etapas de armazenamento, abastecimento e/ou distribuição de frutas, legumes e verduras, que sigam as boas práticas agrícolas e sistemas de produção integrada, valorizando a cultura alimentar local;
- Implementar subsídios para produção de alimentos in natura e minimamente processados;
- Criar e divulgar um aplicativo com o mapeamento de locais que comercializam alimentos in natura e minimamente processados;
- Criar redes de contatos entre produtores e comerciantes locais para estimular a circulação e venda de alimentos in natura e minimamente processados no município;
- Capacitar os comerciantes e varejistas locais sobre estratégias para transformar o comércio varejista de alimentos em um ambiente mais saudável;

- Criar legislação local para estabelecer altura mínima de 120 centímetros das prateleiras de exposição de alimentos ultraprocessados para proteger as crianças da oferta desses produtos nos pontos de venda;
- Criar legislação local para tornar obrigatório o fornecimento gratuito de água filtrada em espaços públicos, como parques e praças, e em restaurantes, lanchonetes, bares e estabelecimentos similares;
- Instituir normativa sobre o recebimento de doações de alimentos em equipamentos públicos, seja para consumo no local ou para distribuição, promovendo a alimentação adequada e saudável, a saúde e a dignidade dos receptores das doações, de acordo com os princípios dos guias alimentares para a população brasileira;
- Promover ações de incentivo e apoio à amamentação em creches e escolas, visando a continuidade do aleitamento materno;
- Fortalecer e aprimorar a implementação e a fiscalização da NBCAL e sua regulamentação (Lei 11.265/2006 e Decreto nº 9.579/2018);
- Estender a licença maternidade para no mínimo 6 meses e a licença paternidade para pelo menos 20 dias para os servidores municipais;
- Estimular a adesão ao programa Empresa Cidadã pelo setor privado, conforme a Lei nº 11.770/2008 e regulamentado pelo Decreto nº 7.052/2009;
- Implantar e/ou expandir a rede de postos de coleta e de Bancos de Leite Humano;
- Implementar e/ou fortalecer e ampliar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) na rede pública municipal de atenção à saúde, bem como estimular essa iniciativa em hospitais gerenciados por outras esferas do governo e privadas (Portaria nº 1.153/2014 - PRC nº 06/2017);
- Implantar salas de apoio à amamentação para as mulheres trabalhadoras que amamentam nas repartições públicas municipais e encorajar sua implementação em locais de trabalho de outras esferas do governo e a esfera privada, além de em locais com grande circulação de mulheres trabalhadoras informais que amamentam;
- Implementar leis municipais que garantam o direito de a mulher amamentar em qualquer espaço, seja público ou privado;

- Criar e fomentar o uso de plataforma online para identificação e avaliação da qualidade de espaços e equipamentos públicos, comunitários e sociais que possam ser utilizados para a prática de atividade física;
- Realizar parcerias com clubes e outros estabelecimentos privados para que possam ser usados gratuitamente pelo público em geral para a prática de atividade física e esportes;
- Criar “ruas de lazer” (ruas abertas aos pedestres) por, pelo menos, um dia da semana para a prática de atividade física e esportes;
- Investir na construção e manutenção de calçadas e ciclovias, priorizando espaços de maior vulnerabilidade social;
- Priorizar áreas de maior vulnerabilidade social para o investimento em estrutura adequada para a prática de atividade física;
- Investir na adaptação e adequação de equipamentos de atividade física para crianças com obesidade.

Por mais que não haja a continuidade de algumas estratégias mencionadas, elas podem ser adotadas voluntariamente pelos municípios para o enfrentamento da obesidade, visto que o Proteja, por exemplo, é reconhecido internacionalmente. Ademais, ainda que seja voltado para obesidade infantil e possui justificativa sólida para tal, suas ações podem ser adaptadas para a população adulta.

5.1.2 Competências e ações da APS a serem desenvolvidas na LCSO do Estado do Mato Grosso do Sul

Considerando os atributos da APS, tanto os essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema) quanto os derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) são eixos estratégicos para a implementação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade e seus objetivos (Brasil, 2022a):

- Organização das ações e serviços da Rede de Atenção: realizar análise da situação de saúde e da rede de serviços para a identificação de necessidades e

de prioridades, visando à organização para a atenção voltada aos indivíduos com obesidade;

- Vigilância Alimentar e Nutricional: subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, apoiando os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção. Com a VAN implementada, é possível monitorar e prever o cenário, a tendência e a magnitude da situação de obesidade em nível municipal, estadual e federal;
- Formação e educação permanente: desenvolver processos de educação permanente e incentivar a qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade;
- Promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade a partir da APS: implementar ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso, especialmente relacionadas à alimentação adequada e saudável e à prática de atividade física;
- Cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade: promover a assistência integral multiprofissional e multidisciplinar, com abordagens individuais, familiares, coletivas e transversais, tanto no âmbito da APS, quanto por meio da coordenação das linhas de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde.

As ações de identificação do usuário se dão por meio de avaliação antropométrica protocolar nos seguintes contextos:

- Demanda espontânea;
- Consultas programáticas;
- Busca ativa de pessoas com sobrepeso e obesidade (Sisvan);
- Registro de condicionalidades do Programa Bolsa Família;
- Atividades coletivas.

Ações de abordagem inicial e acolhimento do usuário com sobrepeso e obesidade:

- Sensibilizar o usuário (utilizar ferramentas e perguntas respeitosas, não culpabilizantes) e conhecer mais aspectos da sua vida que possam influenciar a sua condição;
- Avaliar comorbidades e risco cardiovascular - explicar ao usuário os resultados e riscos para saúde relacionados;
- Realizar avaliação antropométrica, classificação do estado nutricional e avaliação dos marcadores de consumo alimentar (Sisvan), conforme orientações da Vigilância Alimentar e Nutricional (<https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar>);
- Avaliar o estágio de prontidão de mudança ou o estágio de mudança do comportamento - permite direcionar melhor as ações e metas para cada indivíduo, considerando que estes apresentam diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em sua alimentação ou em seu estilo de vida (BRASIL, 2014b, p. 79);
- Avaliar os níveis de atividade física, quando possível, e, quando houver limitações de mobilidade, avaliar as atividades da vida diária - caracterizadas pelas tarefas básicas cotidianas de autocuidado;
- Realizar intervenções breves - apresentar e explicar os 10 passos para a alimentação adequada e saudável com base no *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2014c), fazer intervenções alimentares baseadas nos Protocolos de Uso do Guia Alimentar;
- Agendar consulta com enfermeiro ou médico da equipe e nutricionista (ou outro profissional que se considere mais pertinente, tanto pela técnica quanto pelo vínculo com o usuário), caso disponível (abordagem individual), para iniciar o acompanhamento voltado ao tratamento da obesidade;
- Refletir junto ao usuário possíveis atividades coletivas realizadas na/pela unidade de saúde nas quais ele possa ser inserido e que tenham relação mais ou menos direta com a obesidade;
-

As ações de manejo individual são recomendadas conforme:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos

- (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>)
- Manual de Atenção às pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS
- (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf);
- Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no SUS.
- (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade_sus.pdf)

Ações de manejo coletivo são recomendados conforme:

- Concentração em atividades em grupo especificamente direcionadas para o cuidado de pessoas com obesidade;
- Prevenção da estigmatização e constrangimento dos participantes por parte dos profissionais, trabalhadores e usuários do serviço de saúde;
- Registro da abordagem coletiva na ficha de atividades coletivas do eSUS-AB como condição avaliada “Obesidade”.

Ações direcionadas à promoção da alimentação adequada e saudável:

A responsabilidade das equipes de saúde com relação à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) vai além das unidades de saúde, envolvendo-se equipamentos sociais, como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros (BRASIL, 2014b).

Em caso de insucesso na perda de peso relativo de 5%, recomendam-se novas abordagens e adaptações ao Projeto Terapêutico Singular (PTS). Sugere-se que sejam encaminhados para acompanhamento na atenção especializada aqueles usuários com IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas ou IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$ que não tenham obtido sucesso em dois anos de acompanhamento na APS, assim como aqueles indivíduos que não tiveram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento na APS.

5.1.3 Monitoramento e Avaliação na APS do estado de Mato Grosso do Sul

Os indicadores possibilitam acompanhar o andamento do processo, pois estes se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente (Brasil, 2018b).

Na APS os sistemas de informações empregados abrangem o SISVAN, no que tange ao consumo alimentar e ao estado nutricional, e o SISAB no que concerne à condição de saúde avaliada, com vistas ao monitoramento dos indicadores do sobrepeso e obesidade (Brasil, 2022a).

Quadro 2 - Monitoramento e avaliação da APS do estado de Mato Grosso do Sul

INDICADOR	META	COMO REGISTRAR	SISTEMA DE INFORMAÇÃO
Cobertura de acompanhamento do estado nutricional	aumentar quantos %?		SISVAN
Proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada obesidade	aumentar quantos %?	Nº de Atendimentos Individuais na APS para a condição avaliada "Obesidade", realizada por profissional de saúde de nível superior, por ciclo de SISAB Este indicador deve ser estratificado por faixas etárias: menores de 5 anos, de 5 a 9 anos, adolescentes (10 a 19 76 Indicador Método de Cálculo Fonte Observação vida (crianças de 0 a 9 anos, adolescentes de 10 a 19, adulto de 20 a 59 anos, idosos com 60 anos ou mais e e gestantes - todas as idades).	SISAPS

Fonte: adaptado de Brasil, 2022a.

5.2 Atenção Ambulatorial Especializada

A articulação adequada entre os diferentes pontos da RAS confere viabilidade à integralidade do cuidado e, quando a APS esgota as suas possibilidades de resolubilidade, os atendimentos serão referenciados para os serviços especializados ambulatoriais e hospitalares.

A AAE deve oferecer apoio matricial às equipes de APS; prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos referenciados pela APS por meio da regulação; diagnosticar os casos com indicação de procedimento cirúrgico e assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória (Brasil, 2015a).

No estado de Mato Grosso do Sul, a maioria das cidades possuem centro de especialidades e ambulatórios para dar continuidade ao cuidado do paciente com sobrepeso e obesidade.

Os usuários com idade superior a 18 anos com ESCORE Z > +3 para o indicador ou que apresentem IMC > 35kg/m² com comorbidades (alto risco cardiovascular, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas) e adultos com IMC > 40kg/m² devem ser encaminhados para acompanhamento multiprofissional na AAE (Brasil, 2020).

O instrumento empregado para comunicação entre os serviços de saúde de mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico consiste na regulação concretizada pela referência e contrarreferência (Solla; Chioro, 2012).

No Mato Grosso do Sul, a AAE é composta por ambulatórios de especialidades médicas que estão distribuídas por todo estado, contemplando 37 unidades de atendimento disponíveis ao SUS (PES,2020).

As competências da atenção ambulatorial de maneira integrada a RAS no Estado do Mato Grosso do Sul:

- Propor educação permanente nas equipes da APS no manejo dos casos de sobrepeso e obesidade;
- Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos usuários compartilhados pela APS;
- Compartilhar o plano de cuidado na APS;
- Identificar as pessoas com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, inserir no plano de cuidados e encaminhar para o serviço habilitado para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade conforme compartilhamento do cuidado realizado pela APS.

5.3 Atenção Especializada Hospitalar

O acesso organizado à cirurgia, inclusive à plástica reparadora, considerando e priorizando os indivíduos que apresentem outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde são prestados pela atenção especializada hospitalar.

A equipe multidisciplinar deve ser composta, minimamente, por nutricionista, psicólogo e médico endocrinologista, trabalhando em articulação com a rede, com encaminhamento dos usuários para os grupos de práticas corporais, PICS, PSE e polos da Academia da Saúde do território.

Os pacientes devem permanecer em acompanhamento especializado pelo período mínimo de dois anos. O encaminhamento para cirurgia bariátrica ou alta da atenção especializada para manutenção do acompanhamento na APS deve ser definido pela equipe multidisciplinar. Os pacientes com IMC > 50 kg/m² poderão ser encaminhados para cirurgia bariátrica sem a necessidade de acompanhamento prévio por dois anos, ficando essa decisão a critério da avaliação clínica e multidisciplinar (Brasil, 2020). O subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados (Brasil, 2014a).

Em atendimento ao princípio da regionalização, as macrorregiões de saúde devem contar com equipes multiprofissionais completas de especialistas e equipe multiprofissionais, com vistas à resolutividade.

Após o período de acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica, com referência de 18 meses de assistência ambulatorial especializada hospitalar, os usuários devem receber alta, com resumo de alta (referência e contrarreferência, cuidado compartilhado) e orientações dos profissionais para seguimento da assistência na APS (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

Atualmente o estado de MS dispõe de 84 unidades hospitalares que atendem ao SUS, em sua maioria, de pequeno porte. Todavia, há 13 hospitais com mais de 80 leitos (Mato Grosso do Sul, 2020).

As competências da atenção hospitalar de maneira integrada a RAS no estado de MS compreendem:

- Atuar de maneira integrada aos demais pontos da RAS;
- Realizar avaliação dos casos indicados pela AAE para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b) ou outra que venha substituí-la;
- Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico;
- Realizar tratamento cirúrgico de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b) ou outra que venha substituí-la;
- Realizar cirurgia plástica reparadora nos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico, conforme disposto nas diretrizes clínicas dispostas na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b) ou outra que venha substituí-la;
- Garantir assistência terapêutica multiprofissional até 18 meses de pós-operatório aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico, conforme determina a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b) ou outra que venha substituí-la;
- Realizar a transição do cuidado dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para a APS;
- Comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

Abaixo serão apresentadas as equipes profissionais sugeridas pela PNAB (Brasil, 2017b) de acordo com o tipo de Atenção (Quadro 3) e os hospitais habilitados para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade no estado de MS (Quadro 4).

Quadro 3 - Equipe multiprofissional sugerida por nível de AEE e AEH

Atenção Ambulatorial Especializada	Atenção Hospitalar
Assistente Social Enfermeiro Farmacêutico Fisioterapeuta Médico Cardiologista Médico Endocrinologista Nutricionista Profissional de Educação Física na Saúde Psicólogo Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	Anestesiologista Angiologista/Cirurgião Vascular Assistente Social Cardiologista Cirurgião Plástico Cirurgião Geral Endocrinologista Enfermeiro Farmacêutico Fisioterapeuta Médico Clínico Geral Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo Nutricionista Pneumologista Psicólogo Psiquiatra

Fonte: adaptado de Brasil, 2017b

Quadro 4 - Estabelecimentos de Saúde hospitalares habilitados para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade no estado de Mato Grosso do Sul, 2023.

Nº	HOSPITAL	MUNICÍPIO	CNES	REGIÃO
1	EBSERH HOSP UNIV MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	Campo Grande	0009709	Campo Grande
2	Hospital Regional	Campo Grande	0009725	Campo Grande
3	Santa Casa	Campo Grande	0009717	Campo Grande
4	Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé	Três Lagoas	2945622	Três Lagoas

Fonte: CNES/2023

5.4 Atenção em Urgência e Emergência

Cabe a esse segmento da atenção especializada prestar assistência aos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2013a). Suas competências abrangem:

- Atuar de maneira integrada aos demais pontos da RAS;

- Realizar a avaliação do estado nutricional das pessoas atendidas, após a estabilização do quadro inicial. Se diagnosticado obesidade, encaminhá-lo à APS para avaliação e oferta de intervenções;
- Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica.

5.5 Sistemas de Apoio e Logísticos

Os Sistemas Logísticos correspondem a soluções em saúde relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, como o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde (Brasil, 2014a).

Com relação à LCSO, consideram-se os seguintes procedimentos: exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com o plano regional; assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico e pós-tratamento cirúrgico; transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

5.6 Acesso Regulado

A organização do acesso às ações e aos serviços especializados será executada pelo Componente Regulação, que deve atuar de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde (CONASS, 2003).

A competência da Regulação consiste em garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade tecnológica, necessários ao cuidado integral dos usuários com DCNT, por meio das Centrais de Regulação ou Complexos Reguladores ou de acordo com a pactuação local, que assegure a equidade no acesso, em tempo oportuno, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, levando em consideração a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local (Brasil, 2014a).

No Estado de Mato Grosso do Sul, a Coordenadoria Estadual de Regulação Assistencial (CERA) é responsável por desenvolver ações de regulação de acesso

em urgência e emergência, de cirurgias eletivas, de leitos, ambulatorial, Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade de Mato Grosso do Sul (CERAC-MS), Terapia Renal Substitutiva, Tratamento Fora do Domicílio e ações judiciais (Informação dada pela regulação via Ofício). Na prática, a CERAC responde pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurologia/neurocirurgia, gastroenterologia e traumatologia-ortopedia (Mato Grosso do Sul, 2020).

Por sua vez, as regulações municipais detêm a regulação assistencial e controle da oferta dos serviços e vigilância da atenção e assistência à saúde no âmbito do SUS.

5.7 Assistência Farmacêutica

O tratamento de sobrepeso e obesidade, seja farmacológico ou não-farmacológico, deve respeitar as recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). A incorporação dos medicamentos *Orlistat* e *Sibutramina* recebe recomendação contrária, pois apresentaram perfil de eventos adversos com risco considerado moderado a grave. Na parte não-farmacológica, destaca-se que a definição do plano terapêutico deve ser individualizada, considerando as necessidades e preferências da pessoa com sobrepeso ou obesidade, incluindo-a em todas as fases do processo e decisões (Brasil, 2020).

No âmbito do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em três Componentes: Básico, Estratégico e Especializado. A utilização é conforme a contratualização regional.

Com relação ao processo de terapêuticas, segue-se a recomendação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (Brasil, 2020), e no momento não se contempla nenhuma medicação para esse fim.

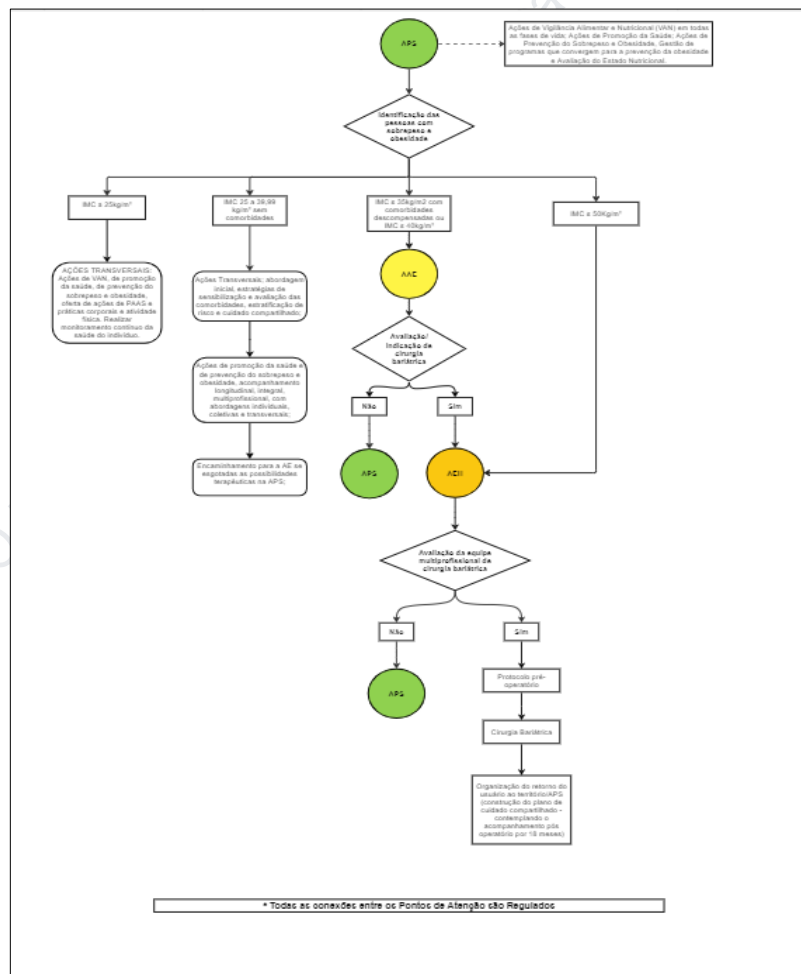
5.8 Telessaúde

O Telessaúde, implantado em 2010 (Mato Grosso do Sul, 2009), oferece Teleconsultoria (Síncrona e Assíncrona); telediagnóstico (Tele-ECG e Tele-Dermatologia) e tele-educação (Cursos Autoinstrucionais e Web-Aulas).

5.9 Fluxo Assistencial compartilhado em rede da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade de Mato Grosso do Sul

Como forma de integrar as ações descritas para a APS, AAE, AEH e demais pontos de atenção, propõe-se o fluxo assistencial do cuidado compartilhado em rede, para a LCSO, conforme Figura 6.

Figura 6 - Fluxo assistencial de cuidado compartilhado para a Linha de Cuidado de Sobrepeso e obesidade em Mato Grosso do Sul, 2024.



Fonte: SES/CDC elaboração própria.

Para o detalhamento deste fluxo e reforçar a atenção integral às pessoas com sobrepeso e obesidade, a seguir estão listadas as ações e atribuições de cada ponto da RAS, com ênfase na APS.

5.9.1 APS

As ações da APS devem ser resolutivas e atender 85% das demandas de saúde dentro da RAS. Devem ser realizadas pelas Equipe de Saúde da Família, Equipe da Atenção Básica, Equipe de Saúde Bucal, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, Equipe de Consultório na Rua, Equipe de Atenção Básica Prisional e eMulti (Brasil, 2017a).

- Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em todas as fases de vida:
 - Registrar, avaliar e monitorar o Estado Nutricional (peso e altura), por meio dos sistemas de informações da APS;
 - Registrar, avaliar e monitorar o Consumo Alimentar, por meio dos sistemas de informações da APS;
 - Produzir conjunto de indicadores de saúde e nutrição que deverão orientar a gestão na formulação de políticas públicas e as ações locais de atenção nutricional. Recomenda-se: IMC e consumo de alimento ultraprocessado;
 - Utilizar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para geração de relatórios e monitoramento da situação alimentar e nutricional da população sul-mato-grossense;

- Ações de Promoção da Saúde:
 - Promover a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN);
 - Criar ambientes saudáveis;
 - Implementar o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014c), Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (Brasil, 2019) e demais ações de PAAS;
 - Estimular ações de Educação Alimentar e Nutricional;

- Estimular ações de promoção de Práticas Corporais e Atividade Física e a implementação do Guia de Atividade Física para a População Brasileira (Brasil, 2021c);
 - Fortalecer a intersetorialidade, prioritariamente pelas Secretarias de Educação, Assistência Social e Agricultura/Abastecimento.
- Ações de Prevenção do Sobrepeso e Obesidade
 - Realizar ações de Educação Permanente em Saúde para profissionais de saúde e gestores;
 - Realizar Campanhas de Comunicação em Saúde;
 - Promover ações de Regulação de publicidade de produtos ultraprocessados e daquela dirigida ao público infantil;
 - Estimular a implementação de medidas fiscais que desencorajam a aquisição de produtos ultraprocessados e que encorajem a de alimentos in natura ou minimamente processados.
- Programas que convergem para a prevenção da obesidade, como:
 - Gerir o Programa Bolsa Família (PBF);
 - Gerir o Programa Saúde na Escola (PSE);
 - Gerir a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);
 - Gerir o Programa Academia da Saúde (PAS);
 - Programas similares ao Crescer Saudável e a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), Incentivo de Atividade Física (IAF), que possam surgir ou ser reativados.
- Avaliação do Estado Nutricional
 - Realizar avaliação do estado nutricional de toda a população do território adscrito e ofertar diagnóstico por fase da vida, utilizando como referencial teórico o *Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde* (páginas 20 a 33) (Brasil, 2022f).

Identificação as pessoas com sobrepeso ou obesidade

- Não, indivíduo eutrófico (peso adequado $IMC < 25Kg/m^2$)

Voltar à etapa anterior com medidas de VAN, de promoção da saúde, de prevenção do sobrepeso e obesidade, oferta de ações de PAAS e práticas corporais e atividade física. Realizar monitoramento contínuo da saúde do indivíduo.

- Abordagem inicial, estratégias de sensibilização e avaliação das comorbidades, estratificação de risco e cuidado compartilhado;
 - Ações de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e obesidade, acompanhamento longitudinal, integral, multiprofissional, com abordagens individuais, coletivas e transversais;
 - Encaminhamento para a AE se esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS.
- Sim, indivíduo com sobrepeso ou obesidade sem comorbidades ($IMC 25$ a $39.9 Kg/m^2$)

Acolhimento e abordagem inicial; estratégias de sensibilização e avaliação das comorbidades, estratificação de risco e cuidado compartilhado; e ações de promoção da saúde e de prevenção do sobrepeso e obesidade, acompanhamento longitudinal, integral, multiprofissional, com abordagens individuais, coletivas e transversais;

- Realizar busca ativa de pessoas com sobrepeso e obesidade (SISVAN);
- Implementar e fortalecer PTS, Apoio Matricial, Consulta compartilhada, referência e contrarreferência e autocuidado apoiado;
- Realizar Demanda espontânea, Consultas programáticas e Atividades coletivas;
- Adotar Abordagem inclusiva e ferramenta 5As conforme Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2022a).
- Agendar consulta com enfermeiro ou médico da equipe e nutricionista (ou outro profissional que se considere mais pertinente, tanto pela técnica quanto pelo vínculo com o usuário), caso disponível (abordagem individual), para iniciar o acompanhamento voltado ao tratamento da obesidade;
- Avaliar o grau do excesso de peso (sobrepeso, obesidade, G I, G II ou G III) e se há presenças de comorbidades.

- Abordagem transversal:
 - Avaliar necessidade de tratamento farmacológico, de acordo com a CONITEC, conforme PCDT e suas atualizações.
 - Como incluir os exames laboratoriais? glicemia? PA?
 - Tratamento não farmacológico:
 - Orientar alimentação utilizando como documento base os Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira, mais especificamente o volume referente a *Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade* (Brasil, 2022g).
 - Orientar práticas corporais e atividade física (Brasil, 2021c);
 - Ofertar Suporte psicológico e abordagem familiar;
 - Promover Práticas Integrativas e Complementares em Saúde de acordo com a PNPIC.

Figura 7 – Sumarização do tratamento não farmacológico do sobrepeso e da obesidade em adultos.

Alimentação Saudável

- Para alimentação saudável, recomenda-se:
 - Reduzir de ingestão de energia;
 - Restringir de 500 a 1.000 kcal/dia do gasto energético estimado;
 - Aumentar consumo de alimentos in natura e minimamente processados;
 - Reduzir no consumo de alimentos processados;
 - Evitar consumo de alimentos ultraprocessados;
 - Reduzir consumo de sal e açúcar;
 - Substituir bebidas com adição de açúcar por água;
 - Dar preferência a preparações culinárias;
 - Utilizar pequenas quantidades de óleo, gorduras, sal e açúcar no preparo ou tempero dos alimentos;
 - Realizar ao menos 3 refeições ao dia.

Atividade Física

- Recomenda-se prática de exercícios físicos combinados (aeróbicos e resistidos);
- Idosos devem se manter ativos. Exercícios físicos combinados e para melhora do equilíbrio devem ser realizados de acordo com estado de saúde.
- A prática de atividade física pode ser feita individualmente ou em grupos não muito grandes;
- Recomenda-se a prática de pelo menos 150 minutos de atividade física por semana.
- Recomenda-se aos adultos a pratiquem 150 minutos semanais de atividades físicas de intensidades moderadas/vigorosas, por pelo menos 3 dias na semana, como caminhadas em ritmo moderado, corridas, natação, subir escadas. Ou ainda, 30 minutos diários todos os dias da semana.
- Para adultos que não realizam nenhuma atividade física metas semanais podem ser propostas para cumprir pelo menos 10 minutos diários de atividades físicas moderadas vigorosas, como caminhar mais rápido, subir escadas, carregar sacolas. A progressão semanal deve ser prevista até atingir a recomendação de 150 minutos de atividades físicas moderadas/vigorosas, por pelo menos 3 dias na semana.
- Para benefícios adicionais à saúde os adultos devem realizar duas vezes semanais atividades físicas de fortalecimento muscular, priorizando os grandes grupos musculares.

Suporte Psicológico

- As abordagens psicológicas devem ser adequadas às necessidades do indivíduo e podem ser realizadas individualmente ou em grupo, de acordo com sua preferência;
- Recomenda-se suporte psicológico baseado em entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental.

Fonte: Brasil, 2020, p. 41⁴

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão, Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação Geral de Gestão em 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.

- Abordagens individuais:
 - Definição do plano terapêutico, estabelecimento de metas e autocuidado: baseado no estabelecimento de hábitos e práticas relacionadas à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e realização de atividade física (Brasil, 2014a, 2014c).
 - Cuidado compartilhado multiprofissional, com a inclusão de categorias profissionais envolvidas nas ações de cuidado das pessoas com obesidade. A equipe deve contemplar minimamente enfermeiro/a, médico/a, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e nutricionistas, sempre que possível. Ressalta-se que a participação de profissionais de educação física (a fim de que a prática de atividade física seja prescrita de acordo com as necessidades do indivíduo) e psicólogos/as (cujas intervenções estão focadas nos fatores psicológicos e mudanças comportamentais) na equipe contribuem para melhor adesão do usuário às intervenções propostas e resultados mais significativos no tratamento.
 - Registro de problema/condição avaliada obesidade na ficha de atendimento individual do eSUS-AB ou prontuário eletrônico;
 - Usar instrutivos a serem lançados pelo Ministério da Saúde.

- Abordagens coletivas:
 - Modelos transteórico;
 - Grupos Motivacionais;
 - Grupos terapêuticos;
 - Recomenda-se usar o Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Encaminhamento para a AE se esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS

- É importante que as equipes de APS mantenham o contato com profissionais da Atenção Especializada, de forma a desempenhar seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Para tanto, é fundamental a implementação de mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de Saúde, como bons

sistemas de informação oficial recomendado pelo Ministério da Saúde e de regulação, fóruns de discussão de casos e educação permanente dos profissionais;

- Sugere-se que sejam encaminhados para acompanhamento na atenção especializada aqueles usuários com $IMC \geq 35\text{kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas ou $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$ que não tiveram sucesso em dois anos de acompanhamento na APS. Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não tiveram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento na APS. Se em menos de 2 anos, houver descompensação das comorbidades, a APS tem autonomia para encaminhar conforme diretrizes clínicas.

5.9.2 AAE e AEH

5.9.2.1 Acompanhamento Pré e Pós-Operatório da Cirurgia Bariátrica no contexto da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Mato Grosso do Sul

Assistência pré-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

- Fase inicial:
 1. Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e, quando necessário, pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista;
 2. Indivíduos com $IMC \geq 50\text{kg/m}^2$ recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório;
 3. Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.
- Fase secundária:
 1. Avaliação do risco cirúrgico;

2. Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3).

Assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade:

Deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses, sendo mais frequente no primeiro ano pós-operatório, incluindo consultas de acompanhamento operatórios e exames para identificação de possíveis complicações tardias que necessitem de intervenção (BRASIL, 2013b).

Quadro 5 - Periodicidade de consultas no pós-operatório, especialidades envolvidas e exames necessários.

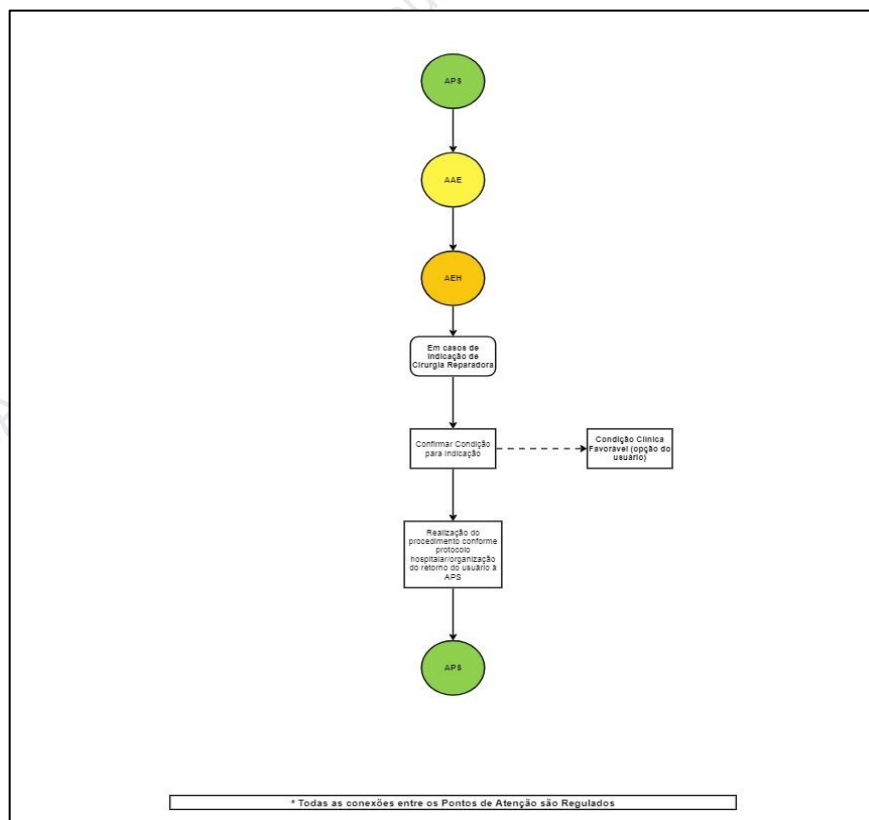
Periodicidade de consultas no Pós-operatório	Especialidades e Exames necessários
Entre 15 e 30 dias (1º mês)	Consulta com cirurgião e nutricionista
No 2º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios
No 3º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, psicólogo e nutricionista
No 4º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios
No 9º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios

Entre 12 ^o e 15 ^o meses	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18 ^o mês	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios
Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.	

Fonte: Brasil, 2013b

A Figura 8 apresenta a continuidade do fluxo assistencial do cuidado compartilhado em rede, para a LCSO. Esta etapa compreende a cirurgia plástica reparadora e é complementar à Figura 6.

Figura 8 - Fluxo assistencial do cuidado compartilhado em rede, para a LCSO, referente à cirurgia reparadora. Mato Grosso do Sul, 2024



Fonte: SES/CDC elaboração própria.

6 AÇÕES INTERSETORIAIS PRECONIZADAS PARA A LCSO – INTERSETORIALIDADE

Enfrentar a obesidade, desde as ações de promoção, prevenção e cuidado, requer envolvimento de dos diversos setores de governo, por meio de ações intersetoriais e participação social. É importante destacar que a obesidade é um problema que extrapola o setor saúde, dada a complexidade de sua causalidade, bem como as ações capazes de deter o avanço da prevalência epidemiológica.

De modo geral, as evidências reforçam ações macro para intervir sobre o ambiente obesogênico, que esta LCSO adota como medida efetiva para o controle da obesidade:

- A proposição de Legislações Estadual e Municipais que regulamentem o comércio de alimentos ultraprocessados em escolas e demais ambientes institucionais;
- Mapeamento de desertos alimentares, conforme Estudo Técnico - Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil (CAISAN, 2019) e sua consideração no zoneamento urbano;
- Apoio à implementação de melhoria da rotulagem nutricional dos alimentos industrializados;
- Apoio a medidas de regulação da publicidade de alimentos.

Sendo assim, estreitando as ações, com base na Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios (CAISAN, 2014), a LCSO recomenda as seguintes ações, separadas por eixos para os seguintes níveis presentes na estrutura de governo de Mato Grosso do Sul: Agricultura (familiar) Pecuária e Abastecimento; Educação; Assistência Social e Direitos Humanos; Meio Ambiente; Trabalho; Ciência, Pesquisa Tecnologia e Informação, Desenvolvimento Urbano e Comunicação. Que devem atuar em conjunto com a Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) e Conselho de Alimentação Escolar (CAE) e demais instâncias de controle em âmbito estadual e municipal.

Com vistas a melhorar o padrão de consumo de alimentos da população brasileira de forma a reverter o aumento de sobrepeso e obesidade; Valorizar o

consumo dos alimentos regionais, preparações tradicionais e promover o aumento na disponibilidade de alimentos adequados e saudáveis à população; Desenvolver estratégias que promovam a substituição do consumo de produtos processados e ultraprocessados com altas concentrações de energia (calorias) e com altos teores de açúcares, gorduras e sódio por alimentos variados, com destaque para grãos integrais, raízes e tubérculos, leguminosas, oleaginosas, frutas, hortaliças, carnes e peixes, leites e ovos, água; Promover a prática de atividade física, especialmente em ambientes institucionais como trabalho, escolas e polos da academia da saúde, além da promoção de ambientes urbanos seguros para todas as fases do curso da vida; Promover e garantir a alimentação adequada e saudável nos equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional; e Promover espaços de convivência (praças, parques e jardins) e usos de meios de transporte coletivos de qualidade que visem hábitos e modos de vida sustentável.

6.1 EIXO - Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis

- Apoiar estruturas como: banco de alimentos, unidades de apoio e distribuição de alimentos da agricultura familiar e instituições de ensino, que favoreçam a distribuição de alimentos adequados e saudáveis;
- Apoiar estruturas existentes nas Centrais de Abastecimento (Ceasas) locais visando à implantação de centrais de coleta de alimentos que permitam a manipulação, processamento e distribuição de alimentos adequados e saudáveis destinados às entidades que apoiam famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional;
- Contribuir para o desenvolvimento da Agricultura Familiar, por meio do apoio à instalação, modernização e adequação das estruturas físicas e dos equipamentos tecnológicos das centrais de abastecimento (Ceasas) locais;
- Incentivar a organização de feiras de alimentos produzidos localmente, inclusive orgânicos, facilitando o acesso a alimentos adequados e saudáveis da população em geral;
- Fomentar/garantir a inclusão de alimentos saudáveis nas cestas de alimentos promovidos pela ação local;

- Apoiar as unidades de alimentação e nutrição de creches e escolas de educação básica por meio da aquisição de equipamentos e utensílios para recebimento e processamento de gêneros alimentícios;
- Realizar compras institucionais (modalidade PAA) de alimentos adequados e saudáveis produzidos pela agricultura familiar por meio de chamada pública em instituições filantrópicas e equipamentos públicos;
- Estimular a participação dos produtos orgânicos e de base ecológica no mercado;
- Aumentar a participação do pescado no mercado institucional, com foco no incentivo ao consumo do pescado na alimentação escolar;
- Cumprir a Resolução nº 6/2020, que dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do PNAE, com restrição de alimentos ultraprocessados;
- Aplicar no mínimo 30% dos recursos do PNAE na compra de alimentos da agricultura familiar;
- Realizar estudos e pesquisas sobre políticas fiscais como subsídios de alimentos e taxação de alimentos processados, visando substituir o consumo de alimentos processados e ultraprocessados por frutas e hortaliças, grãos integrais, leguminosas, oleaginosas e peixes;
- Realizar consultas e/ou fóruns de discussão que oportunizem uma discussão ampliada sobre os subsídios brasileiros na cadeia produtiva, assim como o setor econômico pode favorecer a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis pela população.

6.2 EIXO - Ações de educação, comunicação e informação

- Implementar a agenda pública de EAN prevista no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (Brasil, 2012);
- Difundir os princípios e recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014c) e do Guia alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (Brasil, 2019);
- Elaborar materiais e outros subprodutos dos Guias Alimentares, como por exemplo: cursos de autoaprendizagem, para informar, comunicar e orientar a população quanto às escolhas alimentares saudáveis, com a previsão de estratégias de formação dos profissionais que deverão utilizar os Guias;

- Realizar ações de EAN pactuadas nos Planos Municipais ou Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Desenvolver materiais educativos e de comunicação para promoção da alimentação adequada e saudável, por meio de diferentes mídias, tais como: matérias, vídeos, cartilhas, spots, podcasts, posts em redes sociais;
- Desenvolver estratégias de comunicação sobre os riscos associados ao consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal;
- Orientar diretrizes para a adoção de cardápios saudáveis em comemorações promovidas por instituições públicas, incorporando frutas, hortaliças, oleaginosas, leguminosas, raízes e tubérculos, pescados e grãos integrais (alimentos minimamente processados) e reduzindo a oferta de frituras, refrigerantes e produtos ultraprocessados, além de realizar ações de EAN voltadas aos indivíduos;
- Organizar e fomentar processos de educação permanente com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física para profissionais de saúde da rede de atenção à saúde, em especial da atenção básica, de educação, em especial aqueles envolvidos com a alimentação escolar, da assistência, do setor de abastecimento e agricultura;
- Realizar ações de educação alimentar e nutricional no Dia Mundial da Alimentação;
- Estimular a inclusão do tema de SAN, com foco em alimentação saudável, no Plano Político Pedagógico das escolas;
- Estruturar ações e projetos que articulem pesquisa, extensão e serviços nas universidades que contemplem os temas relativos à EAN - ações locais - formação de hábitos alimentares saudáveis.

6.3 EIXO - Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos

6.3.1 Nas escolas

- Realizar educação permanente para agentes do PNAE, com foco no cumprimento da normativa do Programa, especialmente às ações educativas;

- Divulgar os materiais atuais e vigentes que promovam Cantinas Escolares Saudáveis a fim de estimular a AAS, nas escolas e os cantineiros, para a transformação das cantinas das escolas privadas em cantinas saudáveis;
- Sensibilizar e incentivar as escolas e donos de cantinas escolares privadas a realizarem cursos de autoaprendizagem para a PAAS, com ênfase no ambiente escolar;
- Realizar adesão ao PSE e fomentar que as Equipes de APS desenvolvam atividades relacionadas à PAAS em conjunto com as escolas públicas;
- Fomentar a implantação de hortas pedagógicas, com objetivo de promover práticas alimentares saudáveis;
- Articular com as universidades (Cecanes, Unidades Acadêmicas especializadas) a fim de desenvolver ações de educação permanente junto aos atores envolvidos na alimentação escolar;
- Promover o resgate da cultura alimentar local, principalmente em datas comemorativas, utilizando como material de apoio a publicação Alimentos Regionais Brasileiros (Brasil, 2015b);
- Elaborar material didático com a temática de alimentação e nutrição em diversas ferramentas, tais como: aplicativos para smartphones e computadores, páginas web, teatros, jogos, oficinas culinárias, peças de teatrais, entre outros.

6.3.2 *Nos ambientes de trabalho*

- Estimular a implantação do Programa Peso Saudável para os colaboradores de órgãos públicos e privados, com o intuito de promover o autocuidado do indivíduo para o monitoramento do peso (aplicativo Meu SUS Digital);
- Estabelecer parceria com o sistema S (SESI e SESC), empresas e parceiros públicos para a implementação das diretrizes da Estratégia no ambiente de trabalho, por meio da oferta de refeições saudáveis, realização de ações de educação alimentar e nutricional, de incentivo à atividade física, de vigilância alimentar e nutricional para os trabalhadores e familiares, além de tornar o ambiente de trabalho mais adequado para adoção de práticas de vida mais saudáveis;
- Fomentar que as instituições públicas e privadas tenham espaço adequado para realização de refeições saudáveis nos ambientes de trabalho;

- Fomentar que as empresas tenham salas de apoio à amamentação;
- Fomentar ações de atividade física laboral e de estímulo às demais práticas de atividade física;
- Fomentar regulação de comércio e acesso a alimentos ultraprocessados em ambientes institucionais.

6.3.3 Na rede socioassistencial

- Realizar educação permanente com profissionais que atuam em entidades da rede socioassistencial e equipamentos públicos, com vistas a ofertar alimentação adequada e saudável, principalmente nas entidades que recebem alimentos por meio do Programa de Aquisição de Alimentos;
- Fortalecer ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos serviços socioassistenciais por meio da implementação dos Cadernos de Educação Alimentar e Nutricional, considerando o apoio a famílias em insegurança alimentar e nutricional, assim como estabelecer a referência ao serviço de saúde;
- Fortalecer ações de PASS e o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável direcionadas às famílias beneficiárias do PBF.

Somado ao exposto o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (Brasil, 2021a) também recomenda:

- Promover articulação para o aumento da quilometragem de ciclovias e ciclofaixas nas capitais e nos grandes municípios brasileiros;
- Implementar e disseminar guia para promoção da atividade física conforme condições de saúde e ciclos de vida;
- Subsidiar setores responsáveis com informações sobre a importância e ganhos para a saúde da população com a construção e definição/delimitação de espaços de lazer como praças, parques (áreas verdes urbanas) e áreas livres com estrutura para prática de atividade física com acesso à água potável.

REFERÊNCIAS

- BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de pediatria**, v. 80, p. 7-16, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/vxJRfPTzvZ7tkMWkXVt4Mdg>. Acesso em: 20 de nov. de 2023.
- BHUTTA, Z. A. et al. The global challenge of childhood obesity and its consequences: what can be done?. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 8, p. e1172-e1173, 2023. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00284-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00284-X). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00284-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00284-X/fulltext). Acesso em: 20 de nov. de 2023.
- BRAND, A. J. **O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da palavra**. Orientador: Earle Diniz Macarthy Moreira, 1997. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: Acesso em 29 abr. 2024.
- BRASIL. **Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 14 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria nº 53, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2020/prt0053_13_11_2020.html. Acesso em: 10 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em 10 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola: alimentação saudável e prevenção da obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_alimentacao_saudavel.pdf. Acesso em: 10 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 424 de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, 2013a. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 425 de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 29 de abr. 2024.

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, 2022b. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf. Acesso em: 29 de abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022g. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf. Acesso em: 29 de abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 29 de abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNICSUS**: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnicpic.pdf>. Acesso em: 29 de abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde**: caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/implatacao_academia_saude.pdf. Acesso em: 12 abr. 2024.

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, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 05 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Instrutivo Portaria GM/MS n.º 3.297, de 4 de dezembro de 2020**. Institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade no âmbito da Estratégia Alimentação e Alimentação Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_portaria_aleitamento_materno_alimentacao.pdf. Acesso em: 30 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil**: orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022e. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orienta_proteja.pdf. Acesso em: 05 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2024/04/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-1291679>.

Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)**: relatórios de acesso público de 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. – N. 36 (2024)**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2024b. Disponível em:

https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/estudo_pesquisa/estudo_pesquisa_300.pdf. Acesso em: 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**.

Brasília: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf.

Acesso em: 29 abr. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Fazenda. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. IPEA. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante**. Brasília, DF: IPEA, 2018b. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8285/1/Avaliacao_de_politicas_publicas_guia_pratico_de_analise_ex_ante.pdf. Acesso em: 10 abr. 2024.

CAISAN. **Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília: CAISAN, 2014. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf. Acesso em: 29 abr. 2024.

CAISAN. **Estudo Técnico Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil**.

Brasília: CAISAN, 2019. Disponível em:

[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmips/noticias/arquivos/files/Estudo_T%C3%A9cnico_Mapeamento_Desertos_Alimentares_Final_30_10_2019\(1\).pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmips/noticias/arquivos/files/Estudo_T%C3%A9cnico_Mapeamento_Desertos_Alimentares_Final_30_10_2019(1).pdf). Acesso em: 29 abr. 2024.

CAPELLI, J. C. S.; KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 17, p.433-437, 2001. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n2/4188.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

CARDOSO, A. M. *et al.* **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: Relatório Final (Análise dos dados) nº 7**. Rio de Janeiro: FUNASA;

ABRASCO; BANCO MUNDIAL, 2009. 496 p. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56846>. Acesso em: 24 abr. 2024.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 698 p.

CHAMORRO, G. COMBÉS, I. (org.). **Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: história, cultura e transformações sociais**. Dourados: Editora UFGD, 2015.

Disponível em:

https://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/EDITORIA/catalogo/povos_indigenas_em_mato_grosso_do_sul.pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.

COIMBRA JR, C. E. A. **Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cadernos de saúde pública**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 855-859, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24896060>. Acesso em: 24 abr. 2024.

DARMON, N., DREWNOWSKI, A. Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. **Nutrition reviews**, v. 73, n. 10, p. 643-660, 2015. DOI: 10.1093/nutrit/nuv027. Disponível em: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/73/10/643/1848128>. Acesso em: 24 abr. 2024.

DE MELO ALMEIDA, L. *et al.* Fatores associados ao sobrepeso e obesidade infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 58, p. e4406-e4406, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4406>. Acesso em: 10 abr. 2024.

DE OLIVEIRA, M. L.; SANTOS, L. M. A.; DA SILVA, E. N. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: an application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. **PloS one**, v. 10, n. 4, p. e0121160, 2015. DOI: [10.1371/journal.pone.0121160](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121160). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382114/>. Acesso em: 30 abr. 2024.

FERRARI, G. *et al.* The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. **Public Health**, v. 207, p. 82-87, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.03.015>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350622000907?via%3Dihub>. Acesso em: 10 abr. 2024.

FREITAS, G. A. de; SOUZA, M. C. C. de.; LIMA, R. DA C. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. e00023915, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00023915>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QbjWdDVxmRQY6JmnrBjNDXy/?format=html>. Acesso em: 10 abr. 2024.

FRENCH, S. A. *et al.* Nutrition quality of food purchases varies by household income: the SHoPPER study. **BMC public health**, v. 19, p. 1-7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6546-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-6546-2>. Acesso em: 13 abr. 2024.

GOULART, F. A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização pan-americana da saúde, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2024.

GUGELMIN, S.A.; SANTOS, R.V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 313-

322, 2001. Disponível em:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v17n2/4176.pdf. Acesso em: 24. abr. 2024.

IBGE. Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas:

resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf. Acesso em: 2. abr. 2024.

IBGE. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Segurança alimentar 2023. Rio de Janeiro: IBGE; 2024. Disponível em: <liv102084.pdf> (ibge.gov.br). Acesso em 05 mai. 2024.

IBGE. Panorama do Censo 2022. Disponível em:

<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 03 fev. 2024.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n.1, p. 668-677, 2001. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/30/4/668/705885>. Acesso em: 16 abr. 2024.

LOPES, W. C *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, p. e2018277, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kFndBzThszpPyXRYvtFBzJc/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2024.

LEITE, M. S. **Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual.** In: GARNELO, L; PONTES, A. L. (org). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. 2º ed. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 295p.

LEITE, M. S. **Transformação e Persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

LOURENÇO, A.E.P. *et al.* Nutrition transition in Amazonia: obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. **American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association**, v. 20, n. 5, p. 564-571, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajhb.20781>.

LOUZADA, M.L.C. *et al.* Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, sup. 1, p. 1-48, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00323020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/57BygZjXKGrzqFTTSWPh8CC/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2024.

LUZ, V. G. *et al.* **Insegurança alimentar e nutricional nas retomadas guarani e kaiowá: um estudo em cinco territórios indígenas do Mato Grosso do Sul.** Brasília: FIAN Brasil, 2023. Disponível em: fianbrasil.org.br/ssanGK. Acesso em: 23 abr. 2024.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 14, p. 593-606, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MARTINS, M. C.; HAACK, A. Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 23, n. 3, p. 263-270, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-755254>. Acesso em: 20 mar. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020.** Campo Grande: SES, 2020. 301 p. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/Plano-Estadual-2020-2023-corrigido.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde: com recorte no cuidado do sobrepeso e obesidade dos municípios de Mato Grosso do Sul: versão profissionais e gestores.** Campo Grande, MS: Ed. dos Autores, 2023a. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1523874/carteira-de-servicos-profissionais-isbn.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde: com recorte no cuidado do sobrepeso e obesidade dos municípios de Mato Grosso do Sul.** Campo Grande; s.n; s.n; set 2023b. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/11/1512059/carteira-de-servicos-populacao.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde: com recorte no cuidado do sobrepeso e obesidade dos municípios de Mato Grosso do Sul versão estadual.** Campo Grande; s.n; s.n; ou 2023c. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/conass/resource/pt/biblio-1523993>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde. **Resolução nº 142, de 27 de dezembro de 2023.** Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde (SES). Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul: Campo Grande, MS,

ano XLV, n.11.370, 29, p. 13-189, 29 dezembro de 2023. 2023d. Disponível em: https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO11370_29_12_2023. Acesso em: 20 abr. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde. **Resolução nº 95 de 14 dezembro de 2009**. Aprova o Plano de Trabalho para Implantação do Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família em Mato Grosso do Sul. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul: Campo Grande, MS, n. 7.609, p.57, 14 dezembro de 2009. 2009. Disponível em: <https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/PaginaDocumento/40385/?Pagina=57>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução nº 90 de 11 de novembro de 2014. [Retifica e Convalida a Resolução n. 04/SES/MS/2013, que aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual]. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul**: Campo Grande, ano XXXVI, n. 8.798, p. 13, 13 nov. 2014. Disponível em: https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO8798_13_11_2014. Acesso em: 20 abr. 2024.

MAZZETI, C. M. S. *et al.* **O Cuidado da Obesidade sob a Visão dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso do Sul**. Campo Grande, MS: Ed. Dos Autores, 2023. Disponível em: <https://occa.ufms.br/files/2023/12/Relatorio-de-Profissionais-Obesidade.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. **Jornal de pediatria**, v. 80, p. 173-182, 2004. DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.1180>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/GftqBGnnCyhvZ89C9M4Pqsv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2024.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

MENDES, L. L. *et al.* Food environments and the COVID-19 pandemic in Brazil: Analysis of changes observed in 2020. **Public Health Nutrition**, p. 1-4. 2021. DOI: 10.1017/S1368980021003542. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8825975/>. Acesso em: 01 abr. 2024.

MOTA, J. G. B; CAVALCANTE, T. L. V (Orgs.). **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**. Ebook, São Leopoldo: Karywa, 2019. 285p. ISBN: 978-85-68730-38-6. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/prov0103.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MOURA, L. A.; FERREIRA, A. M. S.; ALVES, I. M. M. Implications of the COVID-19 pandemic on the aggravation of food insecurity in Brazil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, e30101220150, 2021. DOI:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20150>. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20150>. Acesso em: 30 mar. 2024.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e32, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>. Acesso em: 26 abr. 2024.

OBSERVATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E ALIMENTAÇÃO. **Marcadores de alimentação e excesso de peso nas macrorregiões de saúde de Mato Grosso do Sul: 2015-2022**. 1ª edição. Campo Grande. Mato Grosso do Sul, 2023. Disponível em: <https://occa.ufms.br/files/2024/03/Marcadores-de-alimentacao-e-excesso-de-peso-nas-macrorregioes-de-saude-de-Mato-Grosso-do-Sul-2015-2022.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2024.

OKUNOGBE, A. *et al.* Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. **BMJ global health**, v. 6, n. 10, p. e006351, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006351>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/10/e006351.full.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud**. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, out. 2008. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf. Acesso em: 20 mar. 2024.

PEDRANA, L. *et al.* Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1-5, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.178>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49558>. Acesso em: 20 mar. 2024.

PHELPS, N. H. *et al.* Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).

PODOLNY, J. M.; PAGE, K. L. Network forms of organization. **Annual review of sociology**, v. 24, n. 1, p. 57-76, 1998.

POPKIN, B. M. Measuring the nutrition transition and its dynamics. **Public Health Nutrition**, v. 24, n. 2, p. 318-320, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1017/S136898002000470X>.

REZENDE, L. F. M de. *et al.* **A Epidemia de Obesidade e as DCNT – Causas, custos e sobrecarga no SUS**. Universidade Federal de São Paulo [Internet]. 2022. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 14 abr. 2024.

SAAD, M. B. N. L. **Saúde e Nutrição Teréna: sobrepeso e obesidade**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, 2005.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção ambulatorial especializada**. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 547-576. ISBN: 978-85-7541-349-4.

SOUSA, A. K. S de. *et al.* Tendência e correlação de obesidade e aleitamento materno continuado em crianças de seis a 23 meses. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20210223, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000223>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/qBHnWpfxsZDL7tnPr7WKNzq/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2024.

STANAWAY, J. D. *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1923-1994, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(18\)32225-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(18)32225-6). Acesso em: 25 abr. 2024.

SWINBURN B *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32225-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32225-6/fulltext). Acesso em: 25 abr. 2024.

TINTORI, J. A. *et al.* Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE00251, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/HYMZJ8NRfyM77wNsWHxgmsr/#>. Acesso em: 10 mar. 2024.

VERDE, S. M. M. L. Obesidade infantil: o problema de saúde pública do século 21. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 1-2, 2014. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/3158/pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **World Health Organization technical report series**, v. 894, p. 1-253, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

ANEXOS

ANEXO I - SERVIÇOS GERAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Quadro 1 - População estimada da Estratégia Saúde da Família (ESF) por município no Estado Mato Grosso do Sul/MS

IBGE	Município	População	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB	Nº ESF Cob.	Nº EAB Param. Cob.
500020	ÁGUA CLARA	15.522	9.900	63,78%	2	0
500025	ALCINÓPOLIS	5.343	5.343	100%	1	0
500060	AMAMBAI	39.396	31.050	78,82%	9	0
500070	ANASTÁCIO	25.135	25.135	100%	8	0
500080	ANAURILÂNDIA	9.035	9.035	100%	3	0
500085	ANGÉLICA	10.780	10.780	100%	4	0
500090	ANTÔNIO JOÃO	8.956	8.956	100%	3	0
500100	APARECIDA DO TABOADO	25.745	20.700	80,40%	6	0
500110	AQUIDAUANA	47.871	47.871	100%	16	0
500124	ARAL MOREIRA	12.149	12.149	100%	4	0
500150	BANDEIRANTES	6.788	6.788	100%	2	0
500190	BATAGUASSU	23.024	23.024	100%	6	0
500200	BATAYPORÃ	11.329	11.329	100%	5	0
500210	BELA VISTA	24.629	13.800	56,03%	4	0
500215	BODOQUENA	7.875	7.875	100%	3	0
500220	BONITO	21.976	21.976	100%	5	0
500230	BRASILÂNDIA	11.872	11.872	100%	3	0
500240	CAARAPÓ	30.174	13.800	45,73%	4	0
500260	CAMAPUÃ	13.711	13.711	100%	6	0
500270	CAMPO GRANDE	895.982	600.000	66,97%	163	1
500280	CARACOL	6.116	6.116	100%	3	0
500290	CASSILÂNDIA	21.939	21.939	100%	6	0
500295	CHAPADÃO DO SUL	25.218	9.900	39,26%	2	0
500310	CORGUINHO	5.947	5.947	100%	2	0
500315	CORONEL SAPUCAIA	15.253	10.350	67,86%	3	0
500320	CORUMBÁ	111.435	92.700	83,19%	26	0
500325	COSTA RICA	20.823	20.823	100%	7	0
500330	COXIM	33.543	33.543	100%	9	0
500345	DEODÁPOLIS	12.924	12.924	100%	5	0
500348	DOIS IRMÃOS DO BURITI	11.385	11.385	100%	4	0

500350	DOURADINA	5.924	5.924	100%	2	0
500370	DOURADOS	222.949	186.990	83,87%	50	1
500375	ELDORADO	12.353	10.350	83,79%	3	0
500380	FÁTIMA DO SUL	19.189	19.189	100%	7	0
500390	FIGUEIRÃO	3.051	3.051	100%	1	0
500400	GLÓRIA DE DOURADOS	9.965	9.965	100%	4	0
500410	GUIA LOPES DA LAGUNA	9.895	9.895	100%	3	0
500430	IGUATEMI	16.078	13.800	85,83%	4	0
500440	INOCÊNCIA	7.610	7.610	100%	4	0
500450	ITAPORÃ	24.839	24.150	97,23%	7	0
500460	ITAQUIRAÍ	21.142	16.800	79,46%	4	0
500470	IVINHEMA	23.187	23.187	100%	7	0
500480	JAPORÃ	9.110	9.110	100%	3	1
500490	JARAGUARI	7.187	3.000	100%	2	2
500500	JARDIM	26.097	22.740	87,14%	5	0
500510	JATEÍ	4.027	0	0%	0	0
500515	JUTI	6.712	6.712	100%	2	0
500520	LADÁRIO	23.331	23.331	100%	7	0
500525	LAGUNA CARAPÃ	7.341	7.341	100%	3	0
500540	MARACAJU	47.083	47.083	100%	11	0
500560	MIRANDA	28.013	28.013	100%	5	0
500568	MUNDO NOVO	18.366	18.366	100%	5	0
500570	NAVIRAÍ	54.878	42.000	76,53%	10	0
500580	NIOAQUE	13.930	13.930	100%	5	0
500600	NOVA ALVORADA DO SUL	21.882	21.882	100%	5	0
500620	NOVA ANDRADINA	54.374	37.950	69,79%	11	0
500625	NOVO HORIZONTE DO SUL	3.814	3.814	100%	2	0
500627	PARAÍSO DAS ÁGUAS	5.555	3.450	62,11%	1	0
500630	PARANAÍBA	42.148	42.148	100%	12	0
500635	PARANHOS	14.228	10.350	72,74%	3	0
500640	PEDRO GOMES	7.674	6.900	89,91%	2	0
500660	PONTA PORÃ	92.526	73.950	79,92%	18	0
500690	PORTO MURTINHO	17.131	13.800	80,56%	4	0
500710	RIBAS DO RIO PARDO	24.615	24.615	100%	5	0
500720	RIO BRILHANTE	37.514	20.700	55,18%	6	0
500730	RIO NEGRO	4.831	4.831	100%	2	0

500740	RIO VERDE DE MATO GROSSO	19.746	19.746	100%	7	0
500750	ROCHEDO	5.499	5.499	100%	2	0
500755	SANTA RITA DO PARDO	7.851	6.900	87,89%	2	0
500769	SÃO GABRIEL DO OESTE	26.771	26.771	100%	10	0
500780	SELVÍRIA	6.529	6.529	100%	3	0
500770	SETE QUEDAS	10.791	6.900	63,94%	2	0
500790	SIDROLÂNDIA	57.665	49.380	85,63%	12	0
500793	SONORA	19.274	19.274	100%	4	0
500795	TACURU	11.552	10.350	89,59%	3	0
500797	TAQUARUSSU	3.588	3.450	96,15%	1	0
500800	TERENOS	21.806	17.250	79,11%	5	0
500830	TRÊS LAGOAS	121.388	106.050	87,36%	29	0
500840	VICENTINA	6.102	6.102	100%	2	0

Fonte: e-gestor/2022

Quadro 2 - Estabelecimentos de saúde hospitalares no Estado do Mato Grosso do Sul

ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE	
Tipo de estabelecimento	Nº Total na Macrorregião
Centrais de Regulação	13
Centros de Atenção Psicossocial	18
Centros de Imunização	9
Centros de Saúde – Unidade Básica	273
Clínica – Centro de Especialidades	334
Farmácias	30
Hospitais Especializados	9
Hospital Geral	44
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	0
Laboratórios de saúde pública	8
Policlínicas	100
Polos de academia da saúde	20
Postos de saúde	33
Pronto atendimento	13
Pronto socorro geral	1
Pronto socorro especializado	0
Telesaúde	1
Unidade de apoio diagnóstico e terapia – SADT	224
Unidade Atenção à Saúde indígena	19
Unidade de Vigilância em Saúde	21
Unidade móvel de nível pré-hospitalar – Urgência	28
Unidade móvel terrestre	23

Fonte: SES/2023

Quadro 3 - Serviços de urgência e emergência no estado de Mato Grosso do Sul

Município	UPA	SAMU
Alcinópolis	0	0
Anastácio	0	0
Aquidauana	0	1 UBS
Bandeirantes	0	0
Bela Vista	0	0
Bodoquena	0	0
Bonito	0	0
Camapuã	0	1 UBS
Campo Grande	6 UPAS	1 CRU / 4 USA / 10 UBS / 1 MOTO
Caracol	0	0
Chapadão do Sul	0	0
Corguinho	0	0
Costa Rica	0	0
Coxim	0	01 UBS
Dois Irmãos do Buriti	0	0
Figueirão	0	0
Guia Lopes da Laguna	0	0
Jaraguari	0	0
Jardim	0	0
Maracaju	0	0
Miranda	0	0
Nioaque	0	0
Nova Alvorada do Sul	0	0
Paraíso das Águas	0	0
Pedro Gomes	0	0
Porto Murtinho	0	0
Ribas do Rio Pardo	0	01 UBS
Rio Negro	0	0
Rio Verde de Mato Grosso	0	01 UBS
Rochedo	0	0
São Gabriel do Oeste	0	01 UBS
Sidrolândia	1 UPA	01 UBS
Sonora	0	0
Terenos	0	01 UBS

Fonte: SES/2023

ANEXO II - Condição Avaliada de Diabetes, Hipertensão arterial e obesidade 2021 de acordo com SISAB

Acompanhamento Pré e Pós-Operatório da Cirurgia Bariátrica no contexto da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Mato Grosso do Sul

Assistência pré-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

Fase inicial:

1. Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e, quando necessário, pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
2. Indivíduos com IMC 50 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório.
3. Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.

Fase secundária:

1. Avaliação do risco cirúrgico.
2. Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTP, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitaminaD3).

Assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade:

Deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses, sendo mais frequente no primeiro ano pós-operatório, incluindo consultas de acompanhamento operatórios e exames para identificação de possíveis complicações tardias que necessitem de intervenção. (BRASIL, 2013b).

Quadro 1 - Periodicidade de consultas no pós-operatório, especialidades envolvidas e exames necessários

Periodicidade de consultas no Pós-operatório	Especialidades e Exames necessários
Entre 15 e 30 dias (1º mês)	Consulta com cirurgião e nutricionista
No 2º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios
No 3º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, psicólogo e nutricionista
No 4º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês	Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios
No 9º mês	Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pósoperatórios
Entre 12º e 15º meses	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês	Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios
Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.	

Fonte: Brasil, 2013b

ANEXO III - Procedimentos PPI

https://drive.google.com/file/d/1S6iW83wmOHI6CDiU1CQcypPkuNjTZNfj/view?usp=drive_link

VERSÃO PRELIMINAR de consulta pública - NÃO COMPARTILHAR