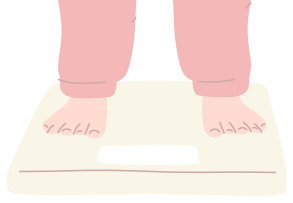




Programa de controle da **OBESIDADE**

**Diretrizes para implementação do
tratamento com inibidores da GLP-1 na
APS e AES.**



Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Atenção Primária

Larissa Cristina Terrezo Machado

Coordenadora das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Juliana Dias Cirilo

Revisão Técnica

Juliana Manhães Maia

Larissa Cristina Terrezo Machado

Mayara de Oliveira Fernandes Concolat

Renato Cony Seródio

Elaboração

Karla Michelly Carvalho Candreva

Mayara de Oliveira Fernandes Concolato

Michael Schmidt Duncan

Colaboração

Andréa Ruiz Alegria

Cláudia Ramos

Henrique Mendes Rodrigues dos Santos

Louise Theresa de Araújo Abreu

Marcelle da Silva Ribeiro

Maylu Julio Ferreira

Roberta Coelho

Consultores

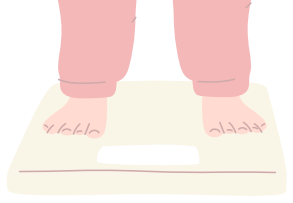
Dr. Cid Araújo Pitombo

Dr. Fabiano Serfaty



ÍNDICE

Apresentação	4
Sumário Executivo	5
Cenário epidemiológico	6
A rede de cuidado à obesidade no Rio de Janeiro.....	9
Abordagem individual da pessoa com obesidade.....	11
A abordagem da obesidade na APS	13
O cuidado da pessoa com obesidade no CEOM.....	17
Plano de Trabalho do Centro Especializado em Obesidade e Metabolismo	36
Considerações finais.....	41
Referências	42

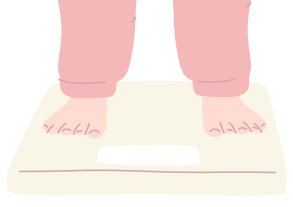


APRESENTAÇÃO

A obesidade constitui um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de saúde, sendo reconhecida como uma doença crônica complexa, multifatorial e recidivante, associada a importantes impactos na morbimortalidade e na qualidade de vida das pessoas. O excesso de peso está relacionado ao aumento do risco de diversas condições crônicas, incluindo diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, apneia obstrutiva do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica, osteoartrose e alguns tipos de câncer, além de repercussões psicossociais relevantes.

O controle e o tratamento da obesidade são particularmente desafiadores, uma vez que a doença envolve mecanismos biológicos, comportamentais, ambientais e sociais que interagem de forma complexa. Alterações neuroendócrinas associadas à regulação do apetite, adaptações metabólicas que favorecem a recuperação do peso perdido e a influência de fatores ambientais tornam o manejo clínico prolongado e frequentemente sujeito a recaídas. Nesse contexto, o cuidado às pessoas com obesidade deve ser realizado de forma longitudinal, multiprofissional e baseado em evidências, incluindo intervenções sobre estilo de vida, terapias farmacológicas e, quando indicado, tratamento cirúrgico.

Este documento visa estruturar a linha de cuidado da obesidade no município do Rio de Janeiro, agregando como possibilidade a terapia medicamentosa com inibidores do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1) para pessoas com quadros graves relacionados ao excesso de peso.



SUMÁRIO EXECUTIVO

Por que esse programa?

No Rio de Janeiro, 68% dos adultos acompanhados na Atenção Primária têm excesso de peso e entre 31% e 37% têm obesidade. A obesidade está associada a uma prevalência elevada de complicações com alta repercussão clínica e funcional, como hipertensão arterial, diabetes, osteoartrite e apneia do sono, além de maior frequência de consultas em serviços de urgência e polifarmácia progressiva conforme o grau de obesidade.

Qual é a lógica do cuidado?

A APS é a porta de entrada e continua sendo a coordenadora do cuidado. Para casos graves com refratariedade clínica, há encaminhamento regulado ao CEOM — Centro Especializado em Obesidade e Metabolismo — onde uma equipe multiprofissional conduz avaliação integrada e, quando indicado, prescreve agonistas do receptor de GLP-1 (ex.: semaglutida injetável).

Quem pode ser encaminhado ao CEOM?

Critério 1 — IMC entre 35,0 e 39,9 kg/m², com:

- Comorbidades metabólicas descompensadas
- Manejo estruturado na APS por mínimo 6 meses (nutricional + atividade física + tratamento das comorbidades)
- Perda de peso inferior a 10% nesse período

Critério 2 — IMC \geq 40 kg/m²:

- Pode ser encaminhado ao CEOM para avaliação especializada e farmacoterapia
- Ou encaminhado diretamente para cirurgia bariátrica via Sistema Estadual de Regulação (SER), conforme critérios vigentes

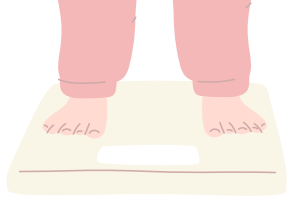
O que acontece no CEOM?

Avaliação multiprofissional integrada → construção de Projeto Terapêutico Singular → início da farmacoterapia injetável (se elegível) → acompanhamento por 12 a 24 meses → contrarreferência estruturada à APS.

O encaminhamento NÃO implica início automático da medicação. A elegibilidade é definida no CEOM após avaliação clínica especializada.

Quem compõe a equipe?

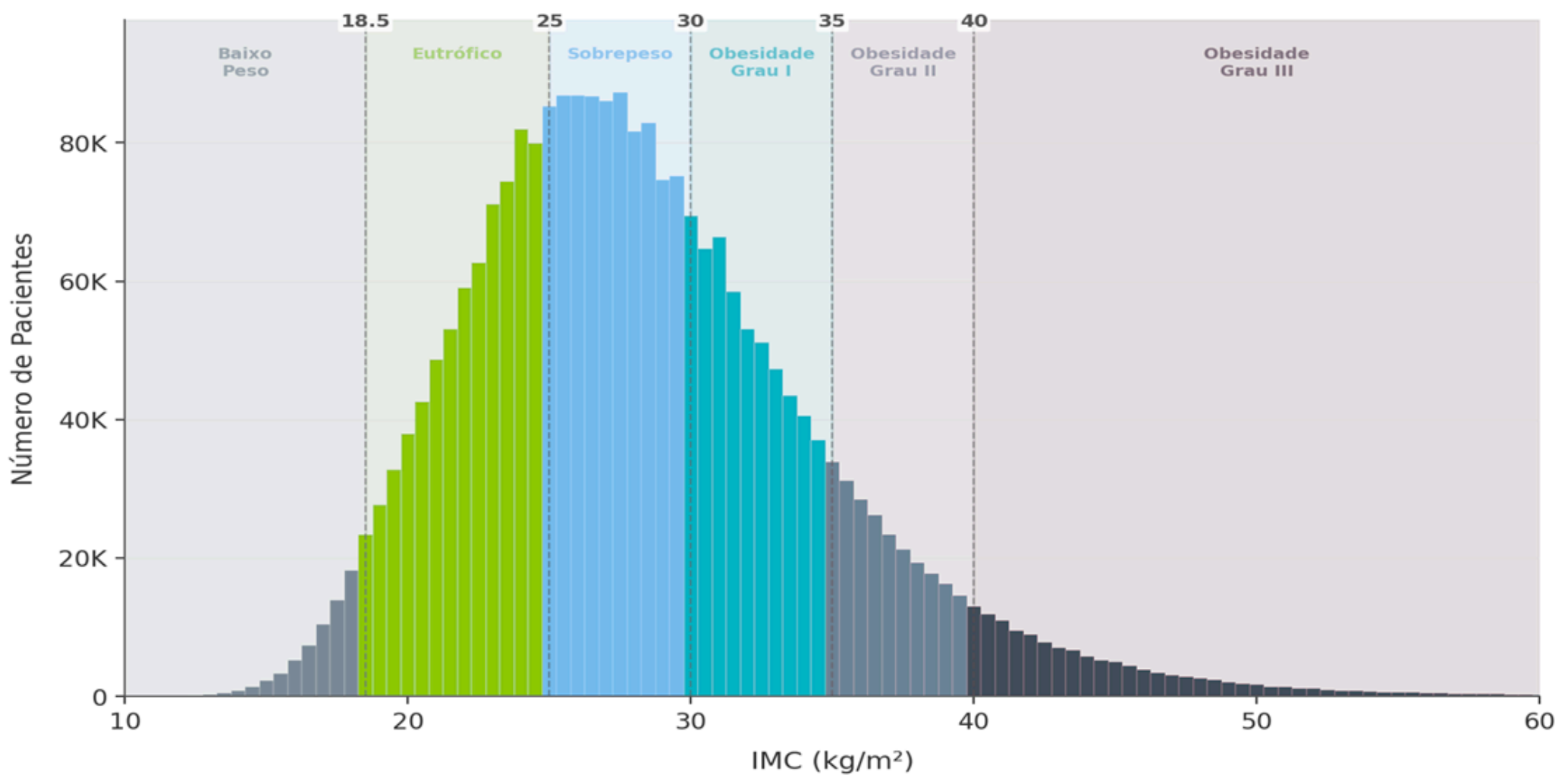
Endocrinologista, nutricionista, psicólogo, profissional de educação física, farmacêutico, enfermeiro e técnico de enfermagem — ~1200 atendimentos/mês programados.



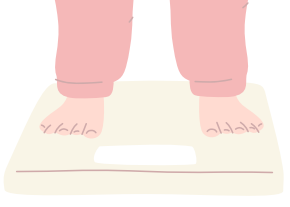
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

No Município do Rio de Janeiro, dados de atendimentos da Atenção Primária à Saúde entre 2021 e 2026 indicam que, dos aproximadamente 2,5 milhões de adultos com registro de IMC, cerca de 68% apresentam excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), correspondendo a mais de 1,6 milhão de usuários. Observa-se prevalência de obesidade variando entre 31% e 37% nas diferentes Áreas Programáticas, além de associação significativa com maior ocorrência de apneia do sono (RP 5,4), osteoartrose (RP 2,4), diabetes (RP 1,9), hipertensão (RP 1,8), maior frequência de consultas de emergência, internações hospitalares e aumento progressivo da polifarmácia conforme o grau de obesidade.

DISTRIBUIÇÃO DE USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO NA APS POR IMC, MRJ 2021 - 2026

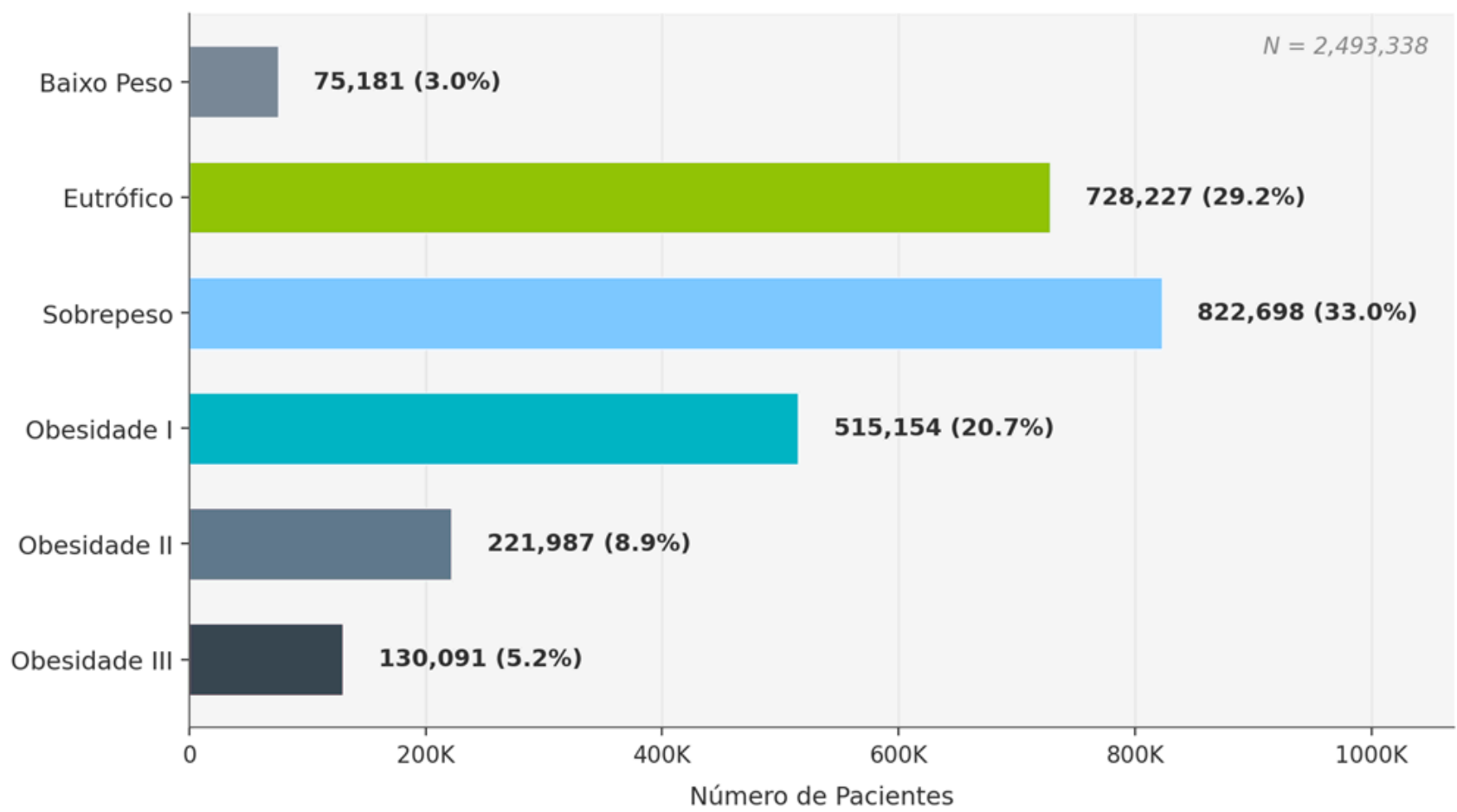


FONTE: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA APS / DATALAKE SMS-RIO, 2026. ADULTOS ≥18 ANOS COM IMC REGISTRADO NA APS DO MUNICÍPIO. DADOS EXTRAÍDOS ATÉ JANEIRO/2026.



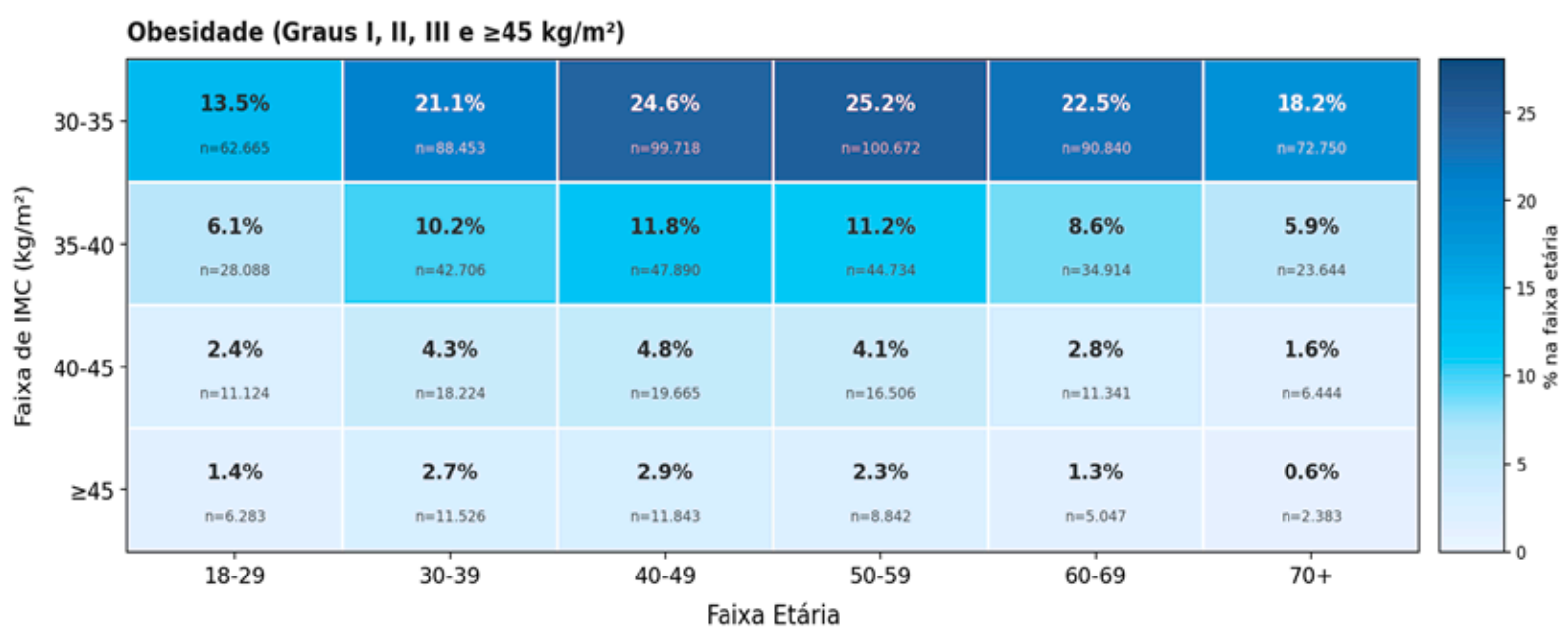
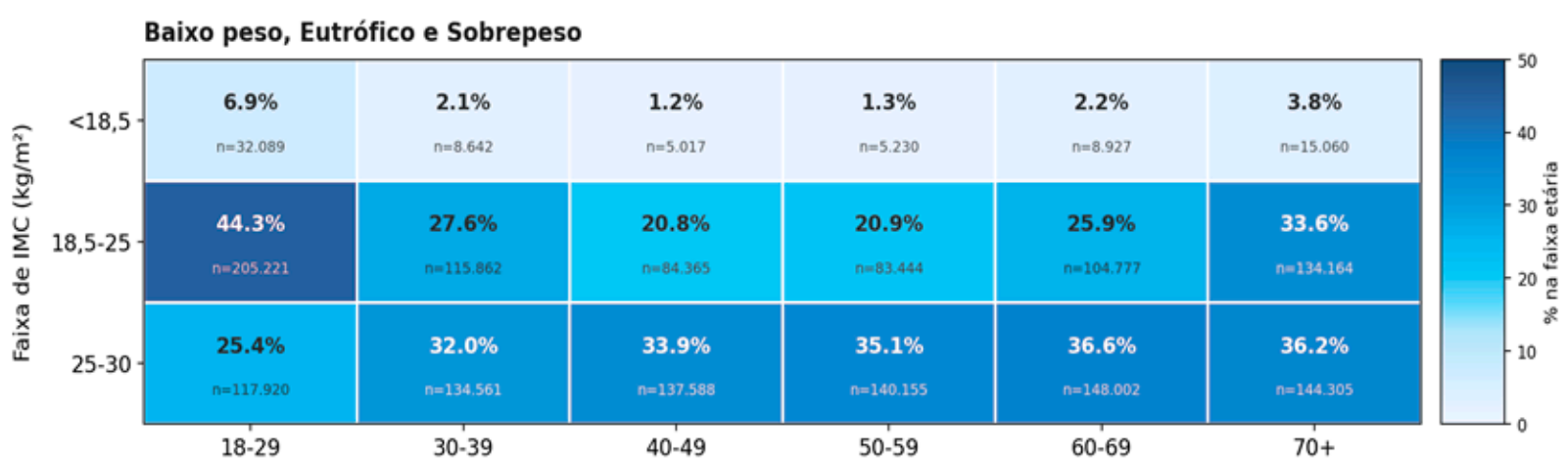
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

DISTRIBUIÇÃO DE USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO NA APS POR CATEGORIA DE IMC, MRJ 2021 - 2026



FONTE: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA APS / DATALAKE SMS-RIO, 2026. ADULTOS ≥18 ANOS COM IMC REGISTRADO NA APS DO MUNICÍPIO. DADOS EXTRAÍDOS ATÉ JANEIRO/2026.

PREVALÊNCIA DE IMC POR FAIXA ETÁRIA. USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO NA APS, MRJ 2021 - 2026

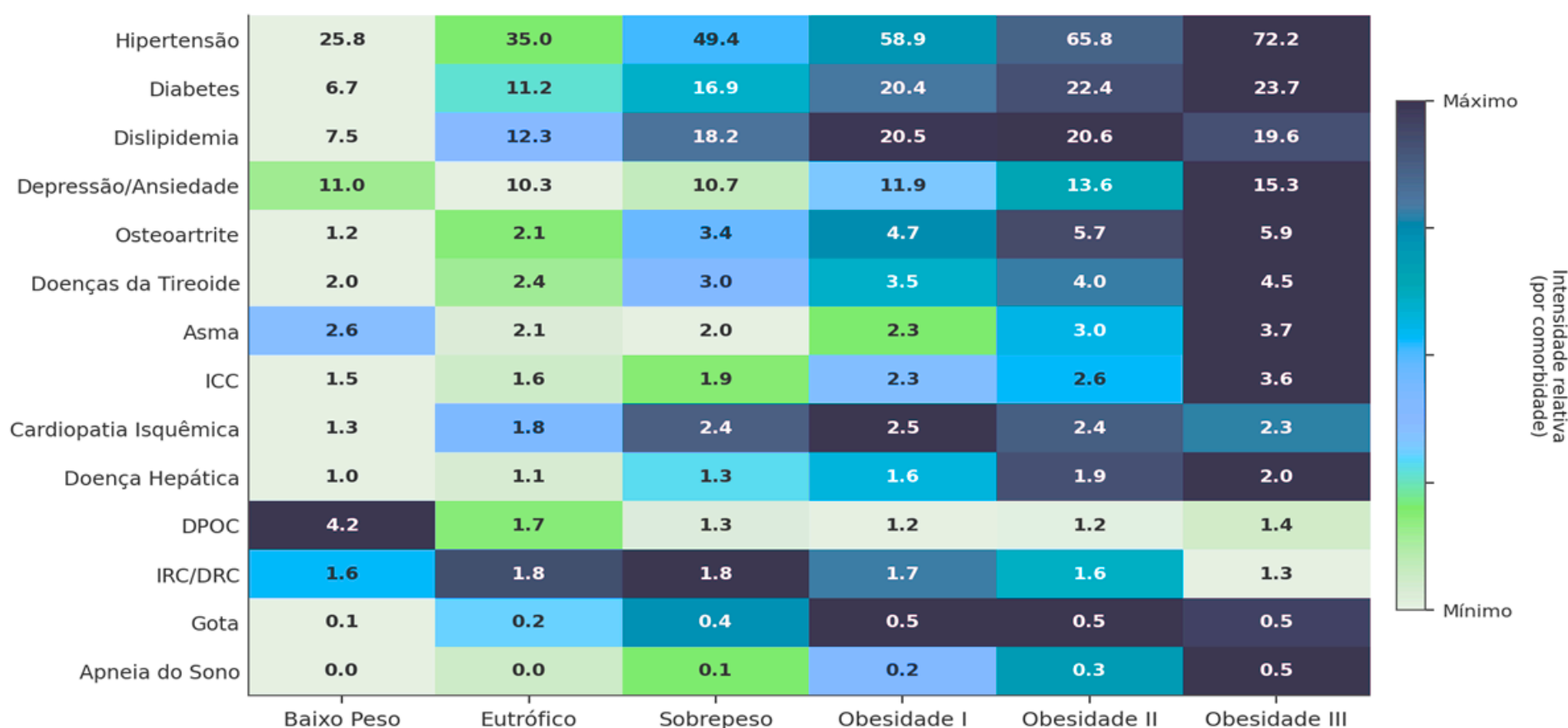


FONTE: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA APS / DATALAKE SMS-RIO, 2026. ADULTOS ≥18 ANOS COM IMC REGISTRADO NA APS DO MUNICÍPIO. DADOS EXTRAÍDOS ATÉ JANEIRO/2026.



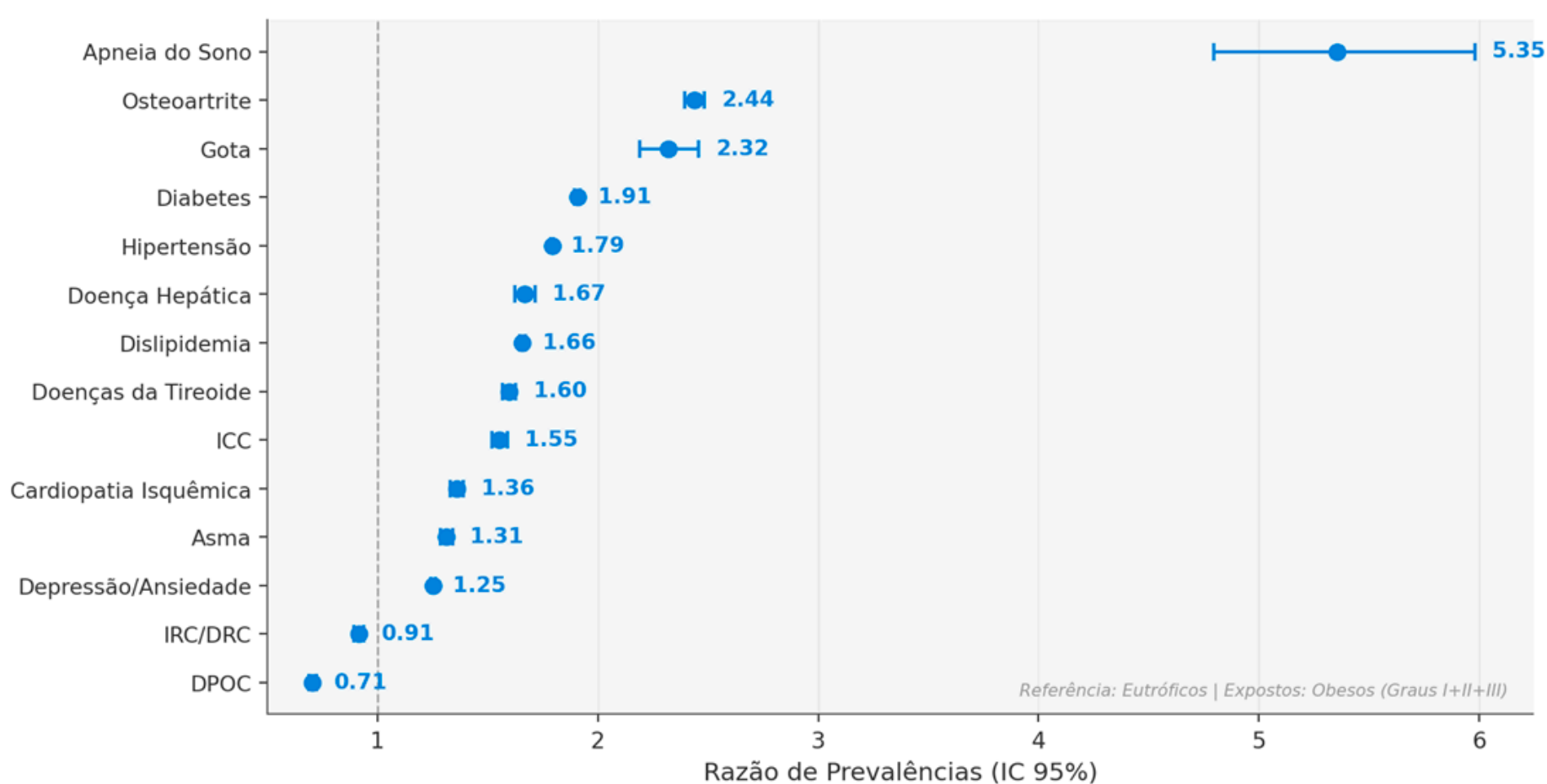
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

GRADIENTE RELATIVO DE COMORBIDADES POR IMC. USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO NA APS POR CATEGORIA DE IMC, MRJ 2021 - 2026

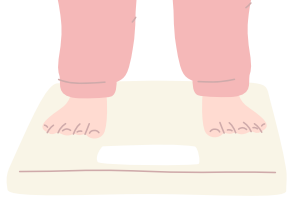


FONTE: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA APS / DATALAKE SMS-RIO, 2026. ADULTOS ≥ 18 ANOS COM IMC REGISTRADO NA APS DO MUNICÍPIO. DADOS EXTRAÍDOS ATÉ JANEIRO/2026.

RAZÃO DE PREVALÊNCIAS: OBESOS VS EUTRÓFICOS. USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO NA APS, MRJ 2021 - 2026



FONTE: PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA APS / DATALAKE SMS-RIO, 2026. ADULTOS ≥ 18 ANOS COM IMC REGISTRADO NA APS DO MUNICÍPIO.



A REDE DE CUIDADO DA OBESIDADE NO RIO DE JANEIRO

A obesidade associa-se ao pior controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 (DM2), maior risco de complicações cardiovasculares, limitações funcionais e sofrimento psicossocial. Casos de obesidade grave frequentemente demandam acompanhamento clínico ampliado e monitoramento mais intensivo, com integração de diferentes estratégias terapêuticas.

O manejo da obesidade deve ser estruturado e interdisciplinar, baseado principalmente em intervenções voltadas à reestruturação dos hábitos alimentares, incentivo à atividade física e abordagem de fatores comportamentais e psicossociais. Programas clínicos organizados, com acompanhamento multiprofissional, constituem a base do cuidado na Atenção Primária à Saúde, promovendo mudanças sustentáveis no estilo de vida e melhora do perfil metabólico (BRASIL, 2022).

De forma complementar, estratégias farmacológicas podem ser incorporadas ao plano terapêutico conforme avaliação clínica individual. Entre elas, destacam-se os agonistas do receptor de GLP-1, que têm demonstrado eficácia na promoção de perda ponderal e melhora de parâmetros metabólicos quando associados às intervenções de estilo de vida.

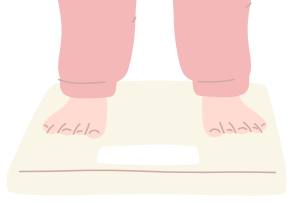
A linha de cuidado da obesidade no município do Rio de Janeiro está estruturada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado. Nesse contexto, a APS desempenha papel central no enfrentamento da obesidade, atuando na promoção da saúde, prevenção, rastreio, manejo clínico inicial e encaminhamento quando indicado. As equipes de saúde da família, em conjunto com os profissionais da equipe multiprofissional, desenvolvem ações de promoção da alimentação saudável, incentivo à prática de atividade física e apoio à adoção de modos de vida mais saudáveis, além de identificar precocemente o excesso de peso por meio da avaliação do índice de massa corporal (IMC), da circunferência abdominal e da investigação de comorbidades associadas. A APS também realiza o acompanhamento clínico das pessoas com obesidade e, quando necessário, articula o cuidado com outros pontos da rede de atenção à saúde, garantindo atenção integral, longitudinal e centrada nas necessidades dos usuários.



Na Atenção Primária à Saúde, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) deve estar incorporada de forma transversal às diferentes modalidades de atendimento, incluindo consultas programadas e atendimentos por demanda espontânea. Situações como consultas de puericultura, pré-natal e acompanhamento de pessoas com condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes, representam oportunidades importantes para a aferição de peso e altura, classificação do estado nutricional e investigação dos hábitos alimentares. Essas práticas possibilitam a identificação precoce do excesso de peso e de padrões alimentares inadequados, permitindo a orientação e o encaminhamento para intervenções apropriadas. A realização dessas medidas também nos atendimentos por demanda espontânea amplia a capacidade de detecção de pessoas com excesso de peso que não comparecem regularmente às atividades programadas das unidades de saúde.

Os casos mais complexos de obesidade se beneficiam do compartilhamento do cuidado entre a APS e serviços especializados, que poderão atuar tanto no manejo clínico, comportamental e farmacológico desta condição, quanto em intervenções mais intensivas como o tratamento cirúrgico da obesidade. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, no escopo de sua competência e responsabilidade sanitária, a estratégia de implantação de **Centros Especializados em Obesidade e Metabolismo (CEOM)** ampara a ampliação da rede de cuidado da obesidade.

Os **CEOM** possuem desenho assistencial voltado ao manejo clínico estruturado da obesidade, com abordagem multiprofissional, acompanhamento longitudinal e integração com a Atenção Primária à Saúde. As estratégias terapêuticas adotadas no serviço incluem intervenções nutricionais e farmacológicas, promoção da atividade física, suporte comportamental e manejo das comorbidades associadas. O acesso a essas unidades deve ser coordenado pela APS, considerando-se os critérios clínicos estabelecidos pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Promoção da Saúde (SUBPAV).



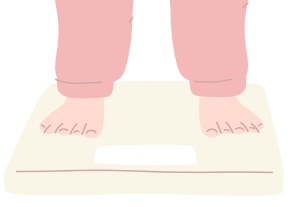
A ABORDAGEM INDIVIDUAL DA PESSOA COM OBESIDADE

A abordagem da pessoa com obesidade na Atenção Primária à Saúde deve ser orientada pelos princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), reconhecendo a obesidade como uma condição crônica, multifatorial e influenciada por determinantes biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais. Nesse modelo, o cuidado não se restringe à prescrição de estratégias para perda de peso, mas busca compreender a experiência da pessoa com sua condição, suas expectativas, motivações e contexto de vida, favorecendo a construção de intervenções mais realistas e sustentáveis.

A aplicação do MCCP envolve, inicialmente, a **exploração da percepção da pessoa sobre sua saúde e seu peso**, investigando preocupações, experiências anteriores de tratamento e fatores que dificultam mudanças no estilo de vida. Por exemplo, pode-se explorar como o usuário percebe sua relação com a alimentação, dificuldades para prática de atividade física ou experiências prévias de tentativas de emagrecimento. Em seguida, é fundamental compreender a pessoa em seu contexto, considerando aspectos familiares, ocupacionais e emocionais que podem influenciar o comportamento alimentar, como jornadas de trabalho extensas, cuidado com familiares ou acesso limitado a ambientes favoráveis à prática de atividade física.

Outro componente central é a **construção compartilhada do plano de cuidado**, com definição de metas progressivas e pactuação de responsabilidades entre profissional e usuário. Em vez de metas exclusivamente centradas no peso corporal, podem ser estabelecidos objetivos factíveis, como reduzir o consumo de bebidas açucaradas, ampliar a prática de caminhada semanal ou melhorar o controle de comorbidades associadas, como hipertensão ou diabetes. Esse processo fortalece o autocuidado apoiado e aumenta a adesão às intervenções propostas.

Por fim, o MCCP pressupõe o **fortalecimento da relação terapêutica**, baseada em escuta qualificada, empatia e tomada de decisão compartilhada. Essa



abordagem é particularmente relevante no cuidado às pessoas com obesidade, considerando o estigma frequentemente associado à condição. Um ambiente de cuidado acolhedor e livre de julgamento contribui para o engajamento do usuário no acompanhamento longitudinal e para melhores resultados no manejo da obesidade e de suas condições associadas.

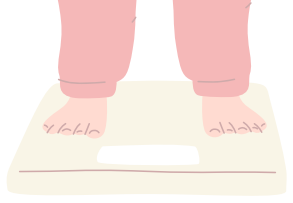
COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Explorando saúde, doença e experiência da doença	Entendendo a pessoa como um todo	Elaborando plano conjunto de cuidado	Fortalecendo a relação usuário/profissional
Explorar percepção do/a usuário/a	Envolver múltiplos aspectos de sua vida	Identificar problemas, definir metas e pactuar papéis	Compartilhar poder e empatia



Para saber mais:

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Aconselhamento em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. p. 10-11. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.



A ABORDAGEM DA OBESIDADE NA APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o principal ponto de entrada e coordenação do cuidado às pessoas com obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS). No território, as equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolvem acompanhamento longitudinal, intervenções de promoção da saúde, manejo clínico das comorbidades associadas e apoio às mudanças no estilo de vida, articulando-se com dispositivos de cuidado multiprofissional e atividades comunitárias.

No contexto da linha de cuidado da obesidade, a APS exerce papel central tanto no manejo inicial quanto no seguimento longitudinal dos usuários, inclusive daqueles que tenham sido acompanhados temporariamente em serviços especializados.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Médico de Família e Comunidade

O médico da equipe de Saúde da Família atua como coordenador clínico do cuidado, sendo responsável pela avaliação inicial do usuário com obesidade, investigação de comorbidades associadas e definição das estratégias terapêuticas iniciais. Compete a esse profissional

- **Acompanhar a evolução clínica** e monitorar fatores de risco metabólicos;
- **Manejar condições associadas** como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemias;
- **Avaliar a necessidade de encaminhamento para serviços especializados** conforme critérios estabelecidos na rede assistencial.

Após eventual acompanhamento em serviços especializados, cabe também ao médico da APS garantir a continuidade do seguimento no território, integrando o plano terapêutico às condições de vida do usuário e promovendo cuidado longitudinal.



Enfermeiro

O enfermeiro realiza o acompanhamento longitudinal dos usuários com obesidade, atuando na educação em saúde, monitoramento clínico e coordenação do cuidado no âmbito da equipe. Entre suas atribuições destacam-se:

- Desenvolver ações educativas individuais e coletivas sobre alimentação adequada e saudável, prática de atividade física e mudanças sustentáveis no estilo de vida;
- Realizar avaliação clínica e antropométrica, incluindo peso, altura, cálculo do IMC, circunferência abdominal e identificação de fatores de risco associados;
- Identificar usuários com obesidade grau II e grau III;
- Avaliar presença de comorbidades associadas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, apneia do sono e doenças osteoarticulares;
- Identificar fatores relacionados ao ganho e manutenção do peso, incluindo hábitos alimentares, sedentarismo, aspectos psicossociais e determinantes sociais de saúde.
- Elaborar plano de cuidado individualizado, em conjunto com o usuário e sua família.
- Apoiar o usuário no estabelecimento de metas realistas de perda do peso;
- Trabalhar de forma integrada com médicos, equipe e-Multi (nutricionista, psicólogo e os profissionais de Ed. Física da Academia Carioca) para a construção de planos terapêuticos compartilhados;
- Acompanhar a adesão às orientações de saúde e identificar dificuldades no processo de mudança de comportamento.

Equipe Multiprofissional (eMulti)

A eMulti atua como dispositivo de apoio matricial às equipes da Atenção Primária à Saúde, ampliando a capacidade resolutiva da APS no cuidado às pessoas com obesidade e às condições metabólicas associadas. Sua atuação envolve tanto suporte técnico às equipes quanto intervenções diretas com os usuários, contribuindo para construção de planos de cuidado mais abrangentes e integrados.



Entre as principais ações desenvolvidas destacam-se:

- **Apoio matricial** às equipes da APS, por meio de discussões de casos e construção compartilhada de planos de cuidado;
- **Atendimentos multiprofissionais** compartilhados, especialmente em situações de maior complexidade ou dificuldades de adesão;
- **Intervenções nutricionais e comportamentais**, incluindo educação alimentar e apoio ao manejo de compulsão alimentar e outros fatores que influenciam o comportamento alimentar;
- **Realização de grupos educativos**, voltados à promoção de hábitos saudáveis e autocuidado;
- **Articulação com dispositivos do território**, como atividades de promoção da atividade física e outras iniciativas comunitárias.

Essa atuação multiprofissional contribui para qualificar o manejo clínico da obesidade na APS e ampliar as estratégias terapêuticas disponíveis no território.

Programa Academia Carioca

O Programa Academia Carioca constitui importante estratégia municipal de promoção da atividade física e prevenção de doenças crônicas no território. Integrado às unidades de Atenção Primária à Saúde, o programa oferece atividades físicas supervisionadas por profissionais de educação física, contribuindo para melhoria da capacidade funcional, controle de fatores de risco metabólicos e apoio às mudanças no estilo de vida.

No cuidado às pessoas com obesidade, o programa possibilita:

- Encaminhamento de usuários para atividades físicas supervisionadas, considerando condições clínicas, limitações funcionais e nível de condicionamento físico;
- Promoção da prática regular de atividade física como componente fundamental do tratamento da obesidade e prevenção de doenças crônicas;
- Realização de atividades coletivas, como caminhadas orientadas, exercícios aeróbicos, atividades de fortalecimento muscular e práticas corporais voltadas à saúde;



- Estímulo à adesão e manutenção da prática de atividade física, favorecendo incorporação dessas práticas à rotina dos usuários;

Articulação com as equipes da APS, permitindo integração das atividades físicas ao plano terapêutico individual e acompanhamento da evolução dos participantes.

A integração entre APS, eMulti e Programa Academia Carioca fortalece as estratégias não farmacológicas no cuidado à obesidade, ampliando as possibilidades de intervenção no território e apoiando mudanças graduais no estilo de vida.



O CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE NO CEOM

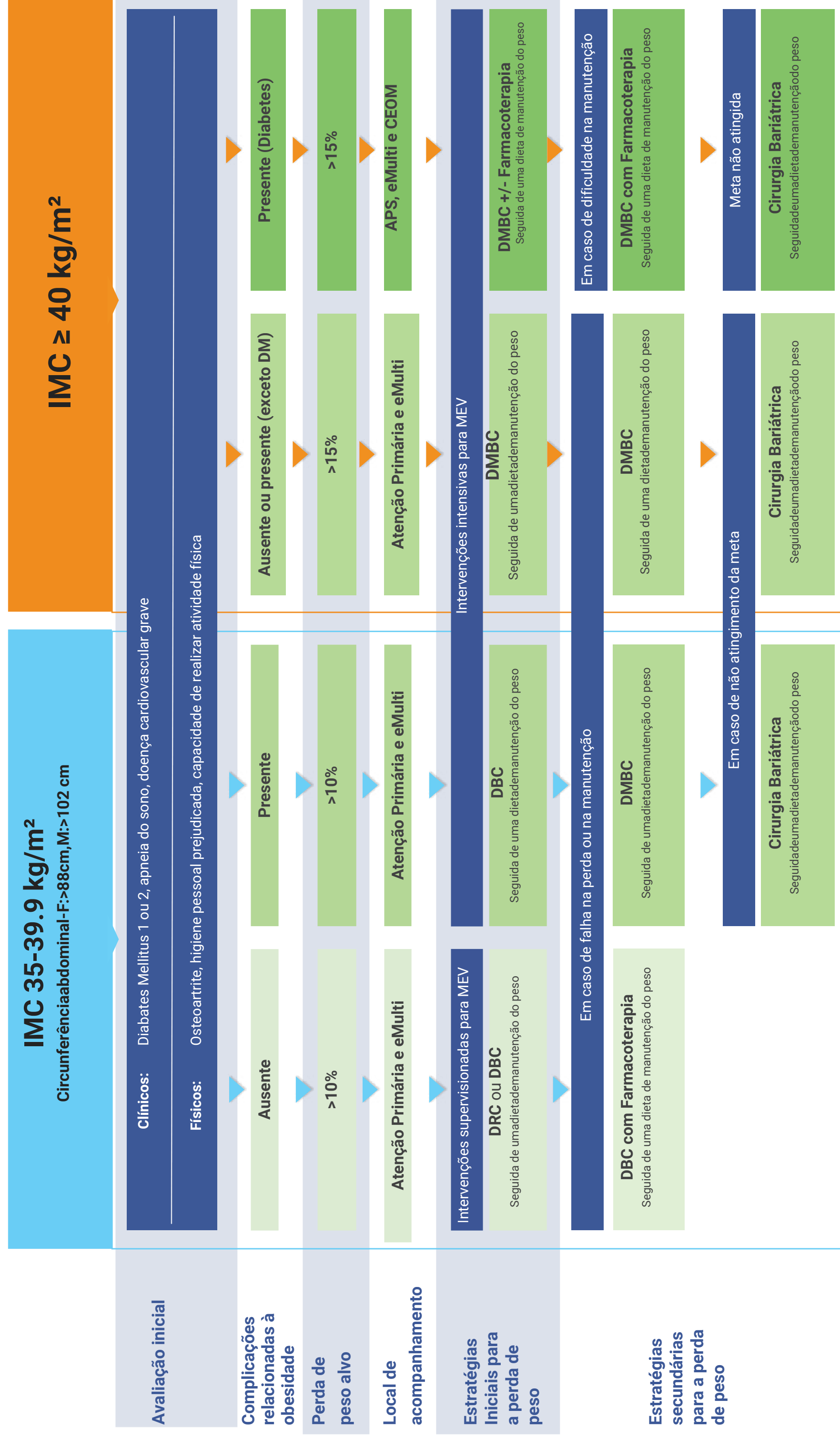
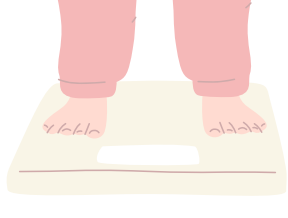
Nos casos em que há necessidade de avaliação especializada, a APS pode encaminhar os usuários para serviços de referência na rede municipal, incluindo acompanhamento multiprofissional em serviços especializados para manejo da obesidade e de suas complicações. Entre as possibilidades de encaminhamento, destaca-se o acesso ao **Centro Especializado em Obesidade e Metabolismo (CEOM)**, cuja primeira unidade encontra-se no **Super Centro Carioca de Saúde da Zona Oeste**, que atua como ponto de apoio especializado para avaliação clínica mais aprofundada, definição de estratégias terapêuticas avançadas e suporte ao manejo de casos de maior complexidade.

Além disso, para pessoas com obesidade grave ou refratária ao tratamento clínico, e que atendam aos critérios estabelecidos nas diretrizes nacionais, pode ser indicada a avaliação para tratamento cirúrgico da obesidade (cirurgia metabólica e bariátrica). Nesses casos, o encaminhamento ocorre conforme os fluxos regulatórios da rede, com avaliação em serviços habilitados para cirurgia bariátrica. Mesmo quando há indicação de cuidado especializado ou tratamento cirúrgico, a APS mantém o acompanhamento longitudinal, o manejo das condições associadas e o suporte contínuo ao usuário ao longo de toda a linha de cuidado da obesidade.

O **Centro Especializado em Obesidade e Metabolismo** destina-se exclusivamente à avaliação, prescrição e acompanhamento longitudinal para tratamento da obesidade em adultos com obesidade grave e/ou obesidade associada a comorbidades metabólicas de maior risco, especialmente diabetes mellitus tipo 2, que apresentem refratariedade às intervenções realizadas na Atenção Primária à Saúde. O serviço configura-se como ponto de atenção especializada da Rede de Atenção à Saúde, com acesso regulado e critérios técnicos rigorosamente definidos.

O encaminhamento ao CEOM deverá ocorrer exclusivamente após manejo clínico estruturado na APS, incluindo orientação nutricional sistematizada, incentivo à prática de atividade física e acompanhamento multiprofissional.

ALGORITMO DE MANEJO DA OBESIDADE



IMC = índice de massa corpórea, DBC = dieta de baixa caloria, DMBC = dieta de muito baixa caloria
Inspirado na Australian Diabetes Society
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



A adequada qualificação da solicitação no sistema de regulação constitui condição indispensável para organização do fluxo assistencial, priorização clínica e uso racional das vagas especializadas.

O atendimento no CEOM será orientado por avaliação multiprofissional integrada, construção de Projeto Terapêutico Singular e definição de metas clínicas e metabólicas, monitoramento e ajuste terapêutico das medicações **incluindo prescrição e o fornecimento de Inibidores do GLP-1, como a Semaglutida.**

O perfil de atendimento deste serviço está voltado exclusivamente à perda de peso rápida e sustentada, utilizando abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

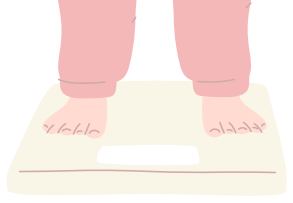
Pacientes que não possuem este tipo de demanda ou motivação e condição para implementar as mudanças necessárias não são candidatos ao serviço e deverão manter seu acompanhamento em outros pontos de atenção da rede.

Critérios para Encaminhamento ao CEOM

O encaminhamento deverá ocorrer exclusivamente via sistema de regulação ambulatorial (SISREG), para o procedimento **“Atendimento Multiprofissional – Obesidade Grave” (código interno 2018703).**

A descrição da solicitação deve conter, obrigatoriamente:

1. Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
2. Comorbidades existentes;
3. Exame físico, incluindo peso, altura e IMC atuais;
4. Resultados de exames;
5. Se história familiar positiva;
6. Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
7. Medicamentos em uso e sua posologia;
8. Tratamentos prévios e suas repercussões, incluindo cirurgias;
9. Exames solicitados e que aguardam realização.



Serão elegíveis para encaminhamento os usuários que atendam simultaneamente aos 3 critérios abaixo e que não possuam contraindicações:

1 Critério Antropométrico

Adultos com **IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$** (obesidade grau III)

2 Critério Clínico

Adultos portadores de **Diabetes Mellitus**, com CID ativo em prontuário na APS, em tratamento medicamentoso, insulínico ou não, compensados ou descompensados clinicamente.

3 Critério Vínculo

Adultos que possuam cadastro ativo e definitivo na Atenção Primária há, pelo menos, 6 meses.

Situações que NÃO devem ser encaminhadas

1 **Gestantes, lactantes ou pessoas planejando a gestação**

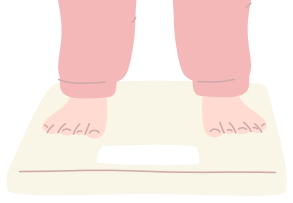
O cuidado a essas pacientes deve ser ofertado na própria unidade de atenção primária ou serviços especializados nesta fase do ciclo de vida.

2 **Ausência de Manejo Prévio Estruturado na APS**

- Usuários que não tenham realizado acompanhamento clínico regular na Atenção Primária;
- Ausência de registro de orientação estruturada da eMulti (orientação nutricional e prática de atividade física prévia, quando indicadas);
- Solicitações sem documentação clínica mínima ou sem IMC atualizado.

3 **Condições oncológicas ativas ou histórico relevante**

Esses pacientes devem ser acompanhados conjuntamente pela UNACON/CACON e unidade de APS



Critérios de PRIORIDADE para encaminhamento ao CEOM

Entre os usuários que atendam aos critérios de elegibilidade previamente definidos, a classificação de prioridade para encaminhamento deverá considerar a gravidade clínica, o risco cardiovascular e metabólico, a presença de diabetes mellitus tipo 2 com controle inadequado, a refratariedade terapêutica e o risco de progressão de complicações associadas à obesidade.

A definição da prioridade final poderá ser ajustada pela Regulação Ambulatorial, conforme análise da justificativa clínica registrada no sistema de regulação e a disponibilidade de vagas no serviço. São considerados critérios de gravidade:

- Diabetes Mellitus tipo 2 sem controle glicêmico adequado apesar do ajuste terapêutico;
- Risco cardiovascular global elevado;
- Doença cardiovascular estabelecida;
- Obesidade associada às multimorbidades descompensadas;
- Apneia obstrutiva do sono moderada ou grave;
- Situações de vulnerabilidade.

Indicação de Terapia Farmacológica no CEOM

A farmacoterapia específica para obesidade constitui uma das estratégias terapêuticas disponíveis no âmbito do CEOM, podendo ser indicada como complemento às intervenções não farmacológicas, conforme avaliação clínica individual, perfil metabólico e resposta ao manejo prévio realizado na Atenção Primária à Saúde.

A indicação de farmacoterapia injetável estará condicionada à avaliação clínica especializada e ao **atendimento simultâneo dos critérios descritos a seguir**, definidos em protocolo institucional, com o objetivo de garantir uso racional, segurança terapêutica e integração com o acompanhamento multiprofissional.



1 Critério Antropométrico

IMC \geq 40 kg/m²

2 Critério Metabólico

Diabetes mellitus tipo 2 com controle glicêmico inadequado, apesar de tratamento otimizado na Atenção Primária à Saúde;

ou

DM 2 controlada com presença de risco cardiovascular elevado ou comorbidade de elevado impacto funcional que se beneficie da perda de peso.

3 Acompanhamento prévio

- Registro de acompanhamento estruturado na APS, preferencialmente com intervenção nutricional documentada e orientação para prática de atividade física
- Avaliação multiprofissional realizada no CEOM

4 Segurança Clínica

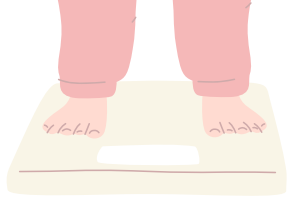
Ausência de contraindicação formal ao uso de agonistas do receptor de GLP-1.

SUSPENSÃO OU NÃO INÍCIO DA TERAPIA

A terapia não será iniciada ou será suspensa nos seguintes casos:

- Não atendimento aos critérios estabelecidos;
- Eventos adversos relevantes;
- Ausência reiterada às consultas;
- Não adesão ao acompanhamento longitudinal;
- Ausência de resposta clínica mínima após período definido em protocolo.

A definição de metas clínicas, parâmetros laboratoriais e critérios de manutenção ou suspensão terapêutica será estabelecida em protocolo técnico complementar, passível de atualização conforme evidências científicas e diretrizes nacionais vigentes.



PROTOCOLO DE TRATAMENTO COM A SEMAGLUTIDA

A semaglutida está disponível em formulações subcutâneas. A dose inicial e os ajustes devem ser personalizados conforme a indicação e resposta terapêutica. Recomenda-se o seguinte esquema e ajuste gradual de titulação da dose, conforme o quadro a seguir:

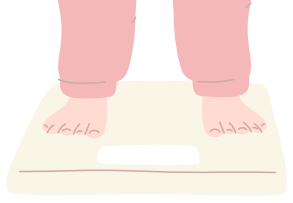
SEMANAS	DOSAGEM
1º SEMANA	0,25 MG
2º SEMANA	0,5 MG
3º SEMANA	1,0 MG
4º SEMANA	1,7 MG
5º SEMANA	2,4 MG

A progressão da dose deve considerar tolerabilidade, resposta clínica e avaliação da equipe assistencial.

- Os locais indicados para aplicação do medicamento são: braço, abdômen ou coxa, com rodízio obrigatório entre os locais para prevenir lipodistrofia.
- O usuário deverá comparecer semanalmente ao CEOM para aplicação da dose de semaglutida com o objetivo de monitorar a evolução clínica ao longo do tratamento.
- Durante as consultas mensais, serão realizados os ajustes de dose do medicamento, avaliação da tolerância ao tratamento, orientação quanto a possíveis eventos adversos, além da avaliação da resposta clínica, do controle glicêmico e da adesão às recomendações relacionadas ao estilo de vida. Além de acompanhar a evolução da perda de peso e apoiar a manutenção das mudanças comportamentais.

Adicionalmente, serão avaliadas comorbidades associadas e possíveis ganhos de funcionalidade, como redução de dor articular e melhora de condições relacionadas, a exemplo da apneia do sono, garantindo o monitoramento contínuo e seguro do tratamento.

Durante o período de implantação da tecnologia, a SMS priorizará a dispensação do medicamento para usuários em vulnerabilidade e cadastrados no CADÚNICO.



Critérios para Encaminhamento para Cirurgia Bariátrica

A linha de cuidado da obesidade inclui ainda atendimentos em outros pontos da rede assistencial. De responsabilidade e competência de outros entes federativos, a cirurgia bariátrica encontra-se disponível em serviços de alta complexidade, que possuem critérios definidos por cada um deles.

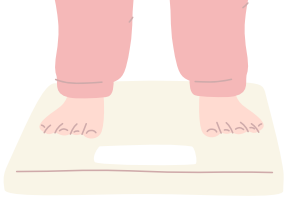
Podem ser encaminhados Indivíduos que cumpram os seguintes critérios:

- IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$, sem comorbidades, que não respondem ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física etc.), realizado durante, pelo menos, dois anos e sob orientação de equipe credenciada ou habilitada como Unidade de Assistência de Alta Complexidade à pessoa que convive com obesidade;
- IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$ com comorbidades que ameaçam a vida;
- IMC entre 35 e 39,9 kg/m^2 , com doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Devem possuir laudo do endocrinologista informando que não há obesidade por doenças endócrinas ou que essa esteja em tratamento estabilizado;
- Idade entre 18 anos e 65 anos, com alguma das indicações acima. Se entre 16 e 18 anos, deverão apresentar comprovação de consolidação das epífises dos ossos longos.

São critérios de exclusão para cirurgia bariátrica:

- Obesidade decorrente de doença endócrina (p. ex.: síndrome de Cushing causada por tumor de hipófise);
- Incapacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento;
- Ausência de suporte familiar constante;
- Transtorno por uso de álcool, dependência química de outras drogas, distúrbio psicótico grave (bulimia, inclusive) ou história recente de tentativa de suicídio.

A solicitação se dá via Sistema Estadual de Regulação (SER). Deve-se anexar o encaminhamento médico descrevendo o quadro clínico e indicando o procedimento e o resultado de exames (Hemograma com plaquetas; Coagulograma; Ureia e Creatinina; Glicemia de jejum; Hemoglobina glicada; Ácido úrico; T3 livre, T4 livre, T3, TSH; Colesterol total, HDL e Triglicerídeos).



FLUXO ASSISTENCIAL OBESIDADE

1

APS**Manejo clínico estruturado (mínimo de 6 meses)**

- Nutrição e atividade física;
- Tratamento farmacológico quando indicado;
- Reavaliação em caso de refratariedade.

**SISREG**

Solicitação qualificada e classificação de prioridade.

2

CEOM**Avaliação especializada****Elegível**

- Início da terapia injetável
- Monitoramento longitudinal

**Não elegível**

- Devolução com plano terapêutico após avaliação multiprofissional

**Contra Referência**

Com relatório clínico, situação metabólica atual e plano de seguimento pactuado.

3

APS**Seguimento territorial contínuo**

- Manutenção do cuidado
- Novo encaminhamento, se necessário

O encaminhamento ao CEOM não implica início automático de terapia injetável, estando condicionado à avaliação técnica especializada.



O modelo adotado pressupõe atuação interdisciplinar articulada, com definição clara de atribuições, realização de discussões de casos, construção de Projetos Terapêuticos Singulares e acompanhamento sistemático dos desfechos clínicos e metabólicos.

GRADE MÍNIMA DE PROFISSIONAIS

Categoria profissional	CH Individual	Quantidade	CH Total
Enfermeiro	40	1	40
Farmacêutico	40	1	40
Médico (Endocrinologista)	20	2	40
Nutricionista	40	2	80
Psicólogo	40	1	40
Profissional de Educação Física	40	1	40
Técnico de Enfermagem	40	2	80
Total de Profissionais	-	10	360

ATRIBUIÇÕES POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Enfermeiro

O enfermeiro atua no acompanhamento clínico dos usuários atendidos no CEOM, contribuindo para o monitoramento de parâmetros de saúde, organização do seguimento assistencial e apoio à adesão ao plano terapêutico. Sua atuação integra o cuidado multiprofissional, favorecendo o acompanhamento longitudinal e a identificação precoce de intercorrências.

Compete ao profissional:

- Realizar consulta de enfermagem;
- Monitorar evolução clínica e adesão ao tratamento dos usuários atendidos;
- Orientar sobre uso seguro da farmacoterapia;
- Acompanhar os usuários em terapia farmacológica injetável;
- Participar da construção do Plano Terapêutico Metabólico e de discussões de casos;
- Contribuir para atividades educativas e acompanhamento multiprofissional.



Farmacêutico

Tem papel estratégico na garantia do uso seguro, eficaz e racional da terapia farmacológica injetável, assegurando controle sanitário, rastreabilidade e monitoramento da farmacoterapia no âmbito do serviço.

Compete ao profissional:

- Realizar dispensação controlada e registro da farmacoterapia injetável;
- Orientar quanto à técnica de aplicação, armazenamento e descarte adequado;
- Monitorar adesão terapêutica e possíveis eventos adversos;
- Apoiar a equipe médica na farmacovigilância e avaliação de interações medicamentosas;
- Participar das discussões de casos e da construção do Projeto Terapêutico Singular.

Médico Endocrinologista

Profissional responsável pela avaliação clínica especializada, definição de elegibilidade para terapia farmacológica injetável e acompanhamento longitudinal dos usuários com condições metabólicas complexas. Atua na estratificação de risco, prescrição e monitoramento terapêutico, garantindo segurança clínica e adequação às diretrizes estabelecidas.

Compete ao profissional:

- Realizar avaliação clínica e metabólica especializada;
- Definir elegibilidade e prescrever terapia farmacológica injetável;
- Ajustar tratamento conforme resposta clínica;
- Monitorar desfechos metabólicos e eventos adversos;
- Elaborar relatórios de contrarreferência à APS;
- Participar das discussões de casos e do Projeto Terapêutico Singular.



Nutricionista

Desempenha papel central na reorganização alimentar e na sustentação das mudanças comportamentais relacionadas ao padrão alimentar. Sua atuação integra o cuidado clínico, contribuindo para otimização dos resultados metabólicos e manutenção da perda ponderal.

Compete ao profissional:

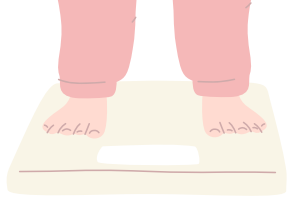
- Realizar avaliação nutricional estruturada;
- Elaborar plano alimentar individualizado;
- Conduzir atendimentos individuais e/ou atividades coletivas;
- Monitorar evolução ponderal e adesão às orientações;
- Integrar intervenções nutricionais ao Projeto Terapêutico Singular;
- Apoiar estratégias de manutenção do tratamento.

Profissional de Educação Física

Atua na promoção de atividade física segura, progressiva e adaptada às condições clínicas dos usuários, contribuindo para melhora funcional, controle metabólico e promoção de autonomia.

Compete ao profissional:

- Realizar avaliação funcional inicial;
- Prescrever atividade física individualizada;
- Conduzir atividades individuais e/ou coletivas;
- Monitorar evolução funcional;
- Orientar práticas seguras e prevenção de lesões;
- Integrar plano de exercício ao Projeto Terapêutico Singular.



Psicólogo

Integra o cuidado interdisciplinar por meio da avaliação e intervenção nos aspectos emocionais e comportamentais associados ao excesso de peso e às doenças metabólicas. Sua atuação favorece adesão terapêutica, enfrentamento de dificuldades emocionais e fortalecimento do autocuidado.

Compete ao profissional:

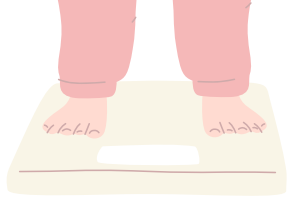
- Avaliar fatores emocionais e comportamentais relacionados ao tratamento;
- Desenvolver intervenções individuais e/ou em grupo;
- Apoiar manejo de compulsão alimentar e dificuldades motivacionais;
- Contribuir para estratégias de adesão terapêutica;
- Integrar acompanhamento psicológico ao Projeto Terapêutico Singular.

Técnico de Enfermagem

O técnico de enfermagem atua no suporte às atividades assistenciais do CEOM, realizando procedimentos de enfermagem e apoiando o monitoramento clínico e a administração segura da terapia farmacológica injetável.

Compete ao profissional:

- Executar procedimentos de enfermagem conforme prescrição e protocolos institucionais;
- Realizar a administração de medicamentos sob supervisão;
- Registrar informações clínicas no prontuário
- Apoiar o monitoramento dos usuários;
- Participar das atividades educativas;
- Auxiliar na organização dos atendimentos e das rotinas assistenciais.



ORGANIZAÇÃO DAS AGENDAS E PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL

O acesso ao CEOM ocorrerá por meio de regulação via SISREG, mediante encaminhamento para o procedimento **“Atendimento Multiprofissional – Obesidade Grave” (código interno 2018703)**.

Considerando **carga horária assistencial total de 360 horas** semanais e tempo médio de 40 minutos por atendimento individual, a capacidade instalada do serviço corresponde a aproximadamente 1.710 atendimentos mensais. Considerando índices médios de absenteísmo observados na assistência especializada, estabelece-se **capacidade programada de aproximadamente 1.200 atendimentos mensais**, correspondente a cerca de 70% da capacidade instalada.

Essa parametrização permite absorver variações de comparecimento, garantir qualidade assistencial, tempo adequado para reuniões clínicas e construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), além de assegurar sustentabilidade operacional do serviço, considerando o caráter longitudinal do acompanhamento. A proporção entre consultas de primeira vez e retornos seguirá os parâmetros definidos no referido Ofício, respeitando as especificidades de cada categoria profissional e a necessidade de monitoramento clínico periódico.



PARAMETRIZAÇÃO DE CONSULTAS

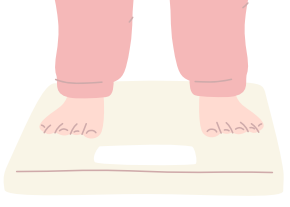
CÓD. PROC INTERNO	PROCEDIMENTO	Nº DE CONSULTA / PROCEDIMENTO POR HORA	PROPORÇÃO DE CONSULTA RESERVA E RETORNO
2018703	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL OBESIDADE GRAVE	2	1 Reserva para 11 Retornos

NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR TURNO

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº DE CONSULTAS POR HORA	Nº DE CONSULTAS POR TURNO
Enfermeiro	2	8
Farmacêutico	2	2
Médico (Endocrinologista)	2	8
Nutricionista	1,5	6
Psicólogo	1,5	6
Profissional de Educação Física	1,5	2

PARAMETRIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS - SIGTAP

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)
01.01.01.002-8	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
01.01.01.003-6	PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
01.01.04.002-4	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA
03.01.10.003-9	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
08.04.02.005-1	TELEATENDIMENTO EM GRUPO
02.14.01.001-5	GLICEMIA CAPILAR
03.01.04.009-5	EXAME DO PÉ DIABÉTICO



METODOLOGIA DE ATENDIMENTO

O modelo assistencial fundamenta-se na abordagem interdisciplinar da saúde metabólica, orientada pelos princípios do cuidado longitudinal, uso racional da farmacoterapia, promoção da autonomia e transição assistencial programada. A organização do cuidado será estruturada em fases, considerando risco metabólico, resposta terapêutica e metas clínicas pactuadas.

O serviço tem caráter de acompanhamento intensivo por tempo determinado, voltado à qualificação do plano terapêutico e ao monitoramento clínico especializado. A permanência média estimada será de **12 a 24 meses**, período destinado ao acompanhamento clínico intensivo, à qualificação do plano terapêutico e ao fortalecimento das estratégias de autocuidado. Após esse período, o usuário será contrarreferenciado à Atenção Primária à Saúde (APS), que permanecerá responsável pela coordenação do cuidado e seguimento longitudinal no território.

1 Avaliação Integrada e Definição de Elegibilidade

O ingresso ocorrerá por meio de consulta multiprofissional integrada, contemplando:

- Avaliação clínica e metabólica ampliada;
- Estratificação de risco cardiovascular;
- Análise de comorbidades associadas;
- Avaliação nutricional e comportamental;
- Revisão de tratamentos prévios e resposta terapêutica;
- Verificação de critérios para elegibilidade à terapia farmacológica injetável.

Ao final da avaliação, será definido o enquadramento do usuário no protocolo institucional, podendo resultar em início da terapia injetável ou contrarreferência à APS com plano orientador.



2 Plano Terapêutico Metabólico

Para os casos elegíveis, será elaborado o Plano Terapêutico Metabólico, construído de forma interdisciplinar e pactuado com o usuário.

O plano contemplará:

- Metas ponderais clinicamente significativas;
- Metas de controle glicêmico e metabólico;
- Estratégia farmacológica;
- Plano alimentar estruturado;
- Prescrição de atividade física adaptada;
- Estratégias comportamentais de adesão e autocuidado.

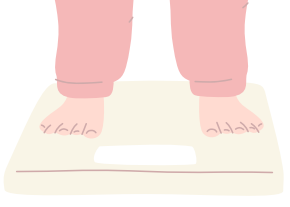
As metas deverão ser objetivas, mensuráveis e periodicamente reavaliadas.

3 Monitoramento e Ajuste Terapêutico

O acompanhamento será organizado por meio de atendimentos individuais periódicos, destinados a:

- Monitorar resposta clínica e laboratorial;
- Ajustar dose da terapia injetável;
- Identificar e manejar eventos adversos;
- Reavaliar metas estabelecidas no Plano Terapêutico Metabólico;
- Redefinir intensidade do acompanhamento conforme evolução.

Essa fase constitui o núcleo assistencial do serviço, garantindo segurança clínica e uso racional da farmacoterapia.



4 Transição Assistencial Programada

Concluída a fase de acompanhamento intensivo no CEOM (entre 12 e 24 meses), o usuário será contrarreferenciado à Atenção Primária à Saúde (APS), com relatório clínico contendo:

- Situação clínica e metabólica atual;
- Esquema terapêutico em uso;
- Metas terapêuticas alcançadas;
- Recomendações para seguimento no território.

A Equipe de Saúde da Família permanecerá como coordenadora do cuidado, responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário. Nos casos em que houver indicação de manutenção da terapia farmacológica injetável iniciada no CEOM, o usuário poderá continuar realizando o acompanhamento relacionado à farmacoterapia no serviço, de forma articulada com a APS.

Situações que demandem reavaliação clínica especializada poderão ser discutidas por meio de apoio matricial, teleconsulta ou novo encaminhamento, conforme necessidade assistencial.



Estratégias Educativas e Atividades Coletivas

- Atividades coletivas poderão ser ofertadas de forma complementar, incluindo:
- Educação em saúde;
- Estratégias de mudança de comportamento;
- Atividade física supervisionada;
- Intervenções psicoeducativas.

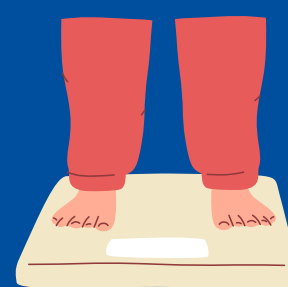
A participação será incentivada sempre que clinicamente pertinente, como estratégia de fortalecimento da autonomia e otimização das agendas assistenciais.

Sustentabilidade das Agendas

Para garantir manutenção de vagas de primeira consulta e evitar sobrecarga por retornos sucessivos:

- As agendas deverão respeitar a parametrização institucional vigente;
- Reavaliações periódicas definirão necessidade de permanência no serviço;
- A alta assistencial será considerada etapa integrante do processo terapêutico.

A organização do cuidado priorizará rotatividade responsável e continuidade na Rede de Atenção à Saúde.



CENTRO ESPECIALIZADO EM OBESIDADE E METABOLISMO (CEOM)

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Centro Especializado em Obesidade e Metabolismo (CEOM) contará com estrutura física compatível com a oferta de atendimento ambulatorial especializado, contemplando consultórios clínicos, sala para atendimentos coletivos, espaço destinado ao acompanhamento farmacoterapêutico e ambiente adequado para práticas educativas e de promoção da saúde.

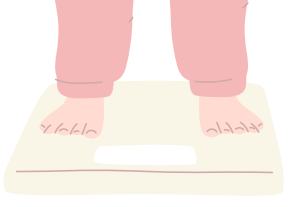
A organização estrutural será orientada pela integração das categorias profissionais, garantindo assistência interdisciplinar, segurança clínica e adequada execução do protocolo municipal para terapia farmacológica injetável, com acompanhamento longitudinal dos usuários.

RECURSOS HUMANOS

O CEOM contará com equipe multiprofissional mínima composta por dez profissionais, **totalizando 220 horas semanais de carga horária assistencial**, dimensionadas para atender à média estimada de 840 atendimentos/mês.

A equipe multiprofissional será estruturada para garantir avaliação especializada, prescrição e acompanhamento longitudinal da terapia farmacológica injetável, bem como suporte clínico e educativo aos usuários com condições metabólicas complexas.

O dimensionamento dos profissionais considerará o perfil de risco dos casos encaminhados, a necessidade de monitoramento clínico periódico, a integração com a Atenção Primária à Saúde e a organização sustentável das agendas assistenciais.



FLUXO ASSISTENCIAL CEOM

Consulta de Enfermagem

Avaliação do perfil para direcionamento com a equipe multiprofissional



Endocrinologista

Avaliação hormonal e medicamentos

Psicólogo

Suporte emocional

Nutricionista

Plano alimentar

Profissional de Educação Física

Atividade física



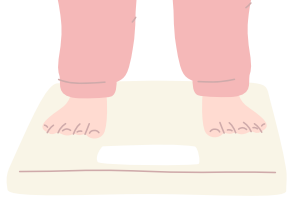
Reavaliação Enfermagem

Sempre que necessário, para ajuste no plano terapêutico

Consulta Farmacêutica

Sempre que necessário, para orientação do uso da medicação

Acompanhamento Multiprofissional Integrado



EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Centro atuará não apenas como ponto de atenção especializada, mas também como dispositivo de qualificação da Rede de Atenção à Saúde, especialmente da Atenção Primária à Saúde (APS), no manejo da obesidade e das condições metabólicas associadas.

A Educação Permanente em Saúde será estruturada como estratégia de fortalecimento da resolutividade da APS, promovendo atualização técnica, discussão de casos clínicos e compartilhamento de protocolos baseados em evidências científicas.

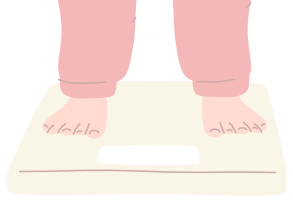
APOIO MATRICIAL

O Apoio Matricial constitui estratégia estruturante do Centro Especializado em Obesidade e Metabolismo, com a finalidade de fortalecer a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo da obesidade e das condições metabólicas associadas. Considerando que a permanência no serviço especializado será por tempo determinado (12 a 24 meses), a articulação contínua com as equipes da APS é fundamental para garantir transição assistencial segura, continuidade do cuidado e uso racional da terapia farmacológica injetável.

O apoio será direcionado às equipes da APS de forma ampliada, incluindo médicos, enfermeiros e profissionais das equipes multiprofissionais (eMulti), reconhecendo o caráter interdisciplinar do cuidado em saúde metabólica.

Objetivos do Apoio Matricial

- Qualificar a continuidade do cuidado após a alta especializada;
- Apoiar decisões relacionadas à manutenção ou ajuste da terapia farmacológica;
- Reduzir encaminhamentos desnecessários;
- Promover integração entre atenção especializada e atenção primária.



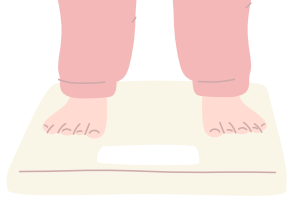
APOIO MATRICIAL

Estratégias de Apoio Matricial

- Discussão interdisciplinar de casos clínicos com equipes da APS;
- Teleconsultorias para dúvidas relacionadas à farmacoterapia injetável;
- Orientação sobre critérios de elegibilidade, manutenção e suspensão terapêutica;
- Apoio à organização de fluxos assistenciais e monitoramento de usuários;
- Compartilhamento de protocolos clínicos e notas técnicas;
- Atualização baseada em evidências científicas.

Modalidades de Oferta

- Reuniões presenciais pactuadas com as equipes;
- Teleconsultoria síncrona ou assíncrona;
- Discussão virtual de casos clínicos;
- Elaboração de materiais técnicos orientadores;
- Informes periódicos e atualizações protocolares.



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento sistemático das atividades assistenciais constitui componente essencial para avaliação da efetividade, segurança e sustentabilidade do serviço. A análise periódica de indicadores permitirá qualificação contínua do cuidado, uso racional da terapia farmacológica injetável e organização adequada dos fluxos assistenciais.

Serão adotados os seguintes indicadores prioritários:

➤ **Produção Assistencial Mensal**

Número total de atendimentos realizados por categoria profissional.

➤ **Proporção entre Primeiras Consultas e Retornos**

Monitoramento da manutenção de vagas para novos usuários, conforme parametrização institucional.

➤ **Tempo Médio de Espera para Primeira Consulta**

Intervalo entre solicitação no SISREG e atendimento inicial.

➤ **Percentual de Altas com Contrarreferência à APS**

Indicador de resolutividade e organização da porta de saída.

➤ **Atingimento de peso alvo**

Razão entre pacientes com perda de peso no alvo em 180 dias e o total de pacientes do período.

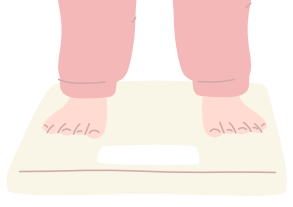
➤ **Adesão ao tratamento**

Monitoramento da manutenção de pacientes em acompanhamento regular no período.

➤ **Avaliação da capacidade funcional**

Percentual de pacientes com ganho da capacidade funcional após 180 dias de acompanhamento.

Os indicadores serão analisados periodicamente pela coordenação técnica, podendo subsidiar ajustes organizacionais, redefinição de fluxos assistenciais e aprimoramento das estratégias de integração com a Atenção Primária à Saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

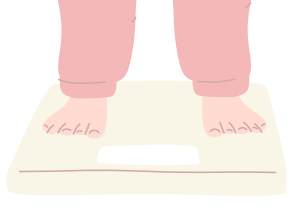
A análise dos dados municipais evidencia que o excesso de peso atinge parcela expressiva da população adulta acompanhada na Atenção Primária à Saúde, com impacto direto sobre a prevalência de doenças crônicas, utilização de serviços de urgência e internações hospitalares, além de aumento da polifarmácia conforme o grau de obesidade.

A implantação do Centro Especializado em Obesidade e Metabolismo representa estratégia estruturante para qualificação da linha de cuidado da obesidade e das condições metabólicas associadas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. O modelo proposto organiza o cuidado especializado de forma técnica, regulada e integrada à Atenção Primária à Saúde, contemplando abordagem multiprofissional, manejo clínico estruturado e uso criterioso das diferentes estratégias terapêuticas disponíveis.

A definição de critérios claros de elegibilidade, permanência e organização do acompanhamento intensivo contribui para sustentabilidade operacional do serviço e fortalecimento da coordenação do cuidado pela APS, ao mesmo tempo em que amplia o acesso a avaliação especializada para os casos de maior complexidade clínica.

O período de acompanhamento intensivo no Centro constitui etapa inicial de um processo contínuo de cuidado, voltado à qualificação do plano terapêutico, educação em saúde e fortalecimento do autocuidado. Considerando o caráter crônico da obesidade e a possibilidade de flutuações no peso ao longo do tempo, o seguimento longitudinal na APS permanece essencial para manutenção das estratégias terapêuticas e apoio permanente às mudanças no estilo de vida.

Ao integrar avaliação multiprofissional, plano terapêutico individualizado, monitoramento clínico sistemático e apoio matricial às equipes da Atenção Primária à Saúde, o Centro consolida-se como dispositivo estratégico para qualificação da assistência, alinhado aos princípios da integralidade, equidade e eficiência na gestão pública em saúde.



REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da Obesidade. 2019.

AUSTRALIAN DIABETES SOCIETY. Australian Obesity Management Algorithm 2024. Sydney: Australian Diabetes Society, 2024. Disponível em: <https://diabetessociety.com.au> . Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

PERREAULT, Leigh. Obesidade em adultos: prevalência, triagem e avaliação. UpToDate. 2023.

REIS, E. C. dos et al. Características de adultos com obesidade grave em tratamento ambulatorial no Rio de Janeiro e fatores associados à perda de peso. Cadernos Saúde Coletiva, v. 30, n. 2, p. 201–214, 2022.

RODRIGUES, P.; BUSTAMANTE, C.; REIS, E. Centro de Referência em Obesidade do Município do Rio de Janeiro – O Papel do Educador Físico. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 19, n. 5, 2014.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; McWHINNEY, I. R.; McWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R.

Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.
3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guideline on the prevention and management of obesity across the life course. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int> . Acesso em: 10 mar. 2026.



Saúde

