

**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA  
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS  
PARA O  
ESTADO DE SANTA CATARINA**

**Florianópolis, abril de 2017**

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNADOR

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

VICE GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

VICENTE AUGUSTO CAROPRESO

SECRETÁRIO ADJUNTO PARA ASSUNTOS FINALÍSTICOS

MURILLO RONALD CAPELLA

SECRETÁRIO ADJUNTO PARA ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS

ANDRÉ LUIZ BASSO

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/SC

CLEIA APARECIDA CLEMENTE GIOSOLE

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE  
DE SANTA CATARINA

PRESIDENTE DO COSEMS/SC

SIDNEI BELLÉ

# **LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS PARA O ESTADO DE SANTA CATARINA**

## **COORDENAÇÃO:**

Nardele Maria Juncks- SUG/GPLAN

## **ELABORAÇÃO:**

Adriana Patrícia de Oliveira- SUH

André Luiz Parizzi Melo- SUH-HRSJ

Ângela Maria Blatt Ortiga – SUG/ GEABS

Diogo Demarchi Silva - Cosems

Elizandra Tomazzi- SUR/GECOR

Helen Bunn Schmitt- SUG/GPLAN

Juliano Cardoso- SUR/GECOR

Karen G. Leopoldo- SUR/DIPA

Maria Aparecida Pires – SUG/GEABS

Maria Bráulia Porto- SUG/GPLAN

Marli Adami Cesa- SUR

Maurício Kasper- SUR/GECO

Nardele Maria Juncks- SUG/GPLAN

Silvana H.O. Crippa- SUG/GEABS

Valéria de Lima Lopes- SUR/GECO

## **PARTICIPAÇÃO ESPECIAL**

Rosani Ramos Machado- SUG/DIPA/GEPSA

Marcus Aurélio Guckert- SUG/DIPA/GEPSA

Lilian Bradfield- SUG/DIPA/GEPSA

### LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 01-</b>	Fundamentação legal para a organização da assistência ao portador de sobrepeso e obesidade.	12
<b>QUADRO 02-</b>	Portarias nacionais relativas à Rede de Atenção à Saúde que se relacionam de forma transversal a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.	15
<b>QUADRO 03-</b>	Percentual de sobrepeso em crianças < de 5 anos, no período de 2007 a 2015. Santa Catarina e Brasil.	20
<b>QUADRO 04-</b>	Percentual de sobrepeso em crianças de 5 a 10 anos, no período de 2007 a 2015 em Santa Catarina e Brasil.	21
<b>QUADRO 05-</b>	Percentual de sobrepeso e obesidade conforme o IMC em adolescentes, no período de 2007 a 2015, Santa Catarina e Brasil.	22
<b>QUADRO 06-</b>	Percentual de sobrepeso e obesidade conforme o IMC em adultos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	23
<b>QUADRO 07-</b>	Percentual de sobrepeso conforme o IMC em idosos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	25
<b>QUADRO 08-</b>	População residente e cobertura de Saúde da Família, NASF e Polos da Academia da Saúde de SC, 2016.	35
<b>QUADRO 09</b>	Número de Profissionais lotados nas Academias de Saúde por Região de Saúde, em Santa Catarina, 2016.	37
<b>QUADRO 10-</b>	Municípios que possuem o Programa Melhor em Casa em Santa Catarina, 2016.	39
<b>QUADRO 11-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Carbonífera com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	45
<b>QUADRO 12-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Laguna com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	46
<b>QUADRO 13-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Extremo Sul Catarinense com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	50
<b>QUADRO 14-</b>	Número de municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	45
<b>QUADRO 15-</b>	Número de municípios da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	45
<b>QUADRO 16-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Alto Vale do Itajaí com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	48
<b>QUADRO 17-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Médio vale do Itajaí com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	52
<b>QUADRO 18-</b>	Número de municípios da Região de Saúde da Serra Catarinense com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento	46

	da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	
<b>QUADRO 19-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	47
<b>QUADRO 20-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	49
<b>QUADRO 21-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Meio Oeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	50
<b>QUADRO 22-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Xanxerê com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	47
<b>QUADRO 23-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Oeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	48
<b>QUADRO 24-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Extremo Oeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	49
<b>QUADRO 25-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Nordeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	51
<b>QUADRO 26-</b>	Número de municípios da Região de Saúde Planalto Norte com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.	51
<b>QUADRO 27-</b>	Hospitais que possuem habilitação em Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Sobrepeso e Obesidade em Santa Catarina, 2012.	62
<b>QUADRO 28-</b>	Correlação entre Macrorregião, Região de Saúde, número de municípios e população adscrita por prestador de serviço em Alta Complexidade, 2016.	63
<b>QUADRO 29-</b>	Série Histórica da produção por unidade habilitada de cirurgia Bariátrica em Santa Catarina, período 2012 a 2016.	64
<b>QUADRO 30-</b>	Hospitais que possuem possibilidade de compor a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade em Santa Catarina, 2017.	65
<b>QUADRO 31-</b>	Valor dos procedimentos referente aos procedimentos cirúrgicos, 2016	70
<b>QUADRO 32-</b>	Média de Produção das Unidades Habilitadas em Santa Catarina de 2016.	71

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 01-</b>	Excesso de peso e obesidade por sexo no Brasil em 2014.	15
<b>FIGURA 02-</b>	Frequência de excesso de peso no período 2006 a 2014 no Brasil.	16
<b>FIGURA 03-</b>	Frequência de obesidade no período 2006 a 2014 no Brasil.	16
<b>FIGURA 04-</b>	Percentual de sobrepeso em crianças < de 5 anos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	19
<b>FIGURA 05-</b>	Percentual de sobrepeso em crianças de 5 a 10 anos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	20
<b>FIGURA 06-</b>	Percentual de sobrepeso conforme o IMC em adolescentes, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	28
<b>FIGURA 07-</b>	Percentual de obesidade conforme o IMC em adolescentes, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	27
<b>FIGURA 08-</b>	Percentual de sobrepeso conforme o IMC em adultos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	23
<b>FIGURA 09-</b>	Percentual de obesidade conforme o IMC em adultos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	23
<b>FIGURA 10-</b>	Percentual de sobrepeso conforme o IMC em idosos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.	24
<b>FIGURA 11-</b>	Diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, conforme Portaria nº 424, de 19/3/2013.	27
<b>FIGURA 12-</b>	Fluxo de encaminhamento Pré-Cirurgia conforme Portaria nº 424, de 19/3/2013.	28
<b>FIGURA 13-</b>	Mapa demonstrativo dos municípios de Santa Catarina e situação frente aos NASF's, 2016.	36
<b>FIGURA 14-</b>	Fluxos da Regulação e Teleconsultoria.	43
<b>FIGURA 15-</b>	Fluxo de encaminhamento Pós-cirurgia conforme Portaria nº 424, de 19/3/2013.	61
<b>FIGURA 16-</b>	Mapa demonstrativo dos municípios de Santa Catarina e situação frente aos NASF's, 2016.	63
<b>FIGURA 17-</b>	– Série Histórica da produção por unidade habilitada de cirurgia Bariátrica em Santa Catarina, período 2012 a 2016.	64
<b>FIGURA 18-</b>	– Série Histórica da produção por unidade habilitada de cirurgia Bariátrica em Santa Catarina, período 2012 a 2016.	67

**LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 01-</b>	Cobertura do SISVAN por faixa etária no ano de 2012 e 2015, por faixa etária.	18
-------------------	---	----

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
2.	<b>OBJETIVOS</b>	12
3.	<b>FUNDAMENTAÇÃO LEGAL</b>	13
4.	<b>DADOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	16
5.	<b>DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE COMO LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIA NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS</b>	27
6.	<b>ATRIBUIÇÕES DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS COM ÊNFASE NO SOBREPESO E NA OBESIDADE</b>	29
	6.1 Componente Atenção Básica	31
	6.1.1 Ações prioritárias na Atenção Básica	31
	6.1.2 capacidade instalada na Atenção Básica	35
	6.2 Componente Atenção Especializada	40
	6.2.1 Subcomponente Ambulatorial Especializado	40
	6.2.2 Subcomponente Hospitalar	60
	6.2.3 Subcomponente Urgência e Emergência	67
	6.3 Componente Sistema de Apoio e Logístico	67
	6.3.1 Componentes de Sistema de Apoio	67
	6.3.2 Componente Sistema Logístico	67
7.	<b>GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS</b>	70
	<b>REFERENCIAS</b>	72
	<b>ANEXOS</b>	73
	Anexo I Protocolo de Acesso –Cirurgia Bariátrica	73
	Anexo II Deliberação 230 CIB/2016- Aprova protocolos de Acesso	88
	Anexo II Deliberação 86/2017 CIB aprova a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas para o Estado de Santa Catarina	89



## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, 36 milhões de pessoas morrem a cada ano por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente nos países de baixa e média renda, configurando-se em uma ameaça para a saúde e o desenvolvimento das nações. Estas doenças demandam custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, podendo ocasionar incapacidades, além de impacto financeiro importante nos sistemas de saúde (MALTA; SILVA Jr, 2013).

O aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT está relacionado a processos inerentes da globalização tais como: urbanização rápida, vida sedentária, alimentação com alto teor calórico e consumo de álcool e tabaco que são fatores de risco comportamentais que interferem diretamente nos fatores de risco metabólico, como excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento do nível sérico da glicose, lipídeos e colesterol, podendo levar ao desenvolvimento de diabetes, doenças cardiovasculares, acidentes vascular entre outras enfermidades (MALTA; SILVA Jr, 2013).

Considerando o cenário mundial e a prevalência crescente sinalizando um problema de saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2011 um plano de ação nacional que define e prioriza ações e investimentos necessários a serem assumidos pelo Brasil para enfrentamento dos desafios das DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos, inclusive porque impede o alcance de alguns dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM.

Assim sendo, foram utilizados alguns indicadores globais de monitoramento de tendências e avaliação dos progressos realizados na implementação de estratégias e planos sobre DCNT, especificando-se aqui os **indicadores de fatores de risco** relacionados ao controle do sobrepeso e da obesidade, tais quais: prevalência de sobrepeso e obesidade em pessoas  $\geq 18$  anos; prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes; prevalência de pessoas  $\geq 18$  anos insuficientemente ativas (menos de 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, ou equivalente; prevalência de adolescentes insuficientemente ativos (menos de 60 minutos de atividade moderada a vigorosa por dia; consumo de energia total de ácidos graxos saturados em pessoas  $\geq 18$  anos; prevalência de consumo de cinco porções no total(400 g) de frutas e legumes/dia em pessoas  $\geq 18$  anos. (MALTA; SILVA Jr, 2013).

Visando atender as metas globais da OMS, o Brasil estipulou como metas do Plano de DCNT, voltadas para o controle do sobrepeso e da obesidade: aumento da prevalência de atividade física no lazer de 14,9% (2010) para 22% (2022); aumento do consumo de frutas e

hortaliças, de 18,2% (2010) para 24,3% (2022); redução da prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos e em adolescentes de 10 a 19 anos e deter o crescimento do excesso de peso e da obesidade em adultos ( $\geq 18$  anos) (MALTA; SILVA Jr, 2013).

Em março de 2013, por meio da Portaria 424, o Ministério da Saúde redefine as diretrizes para a 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, objetivando organizar a atenção longitudinalmente nos pontos de atenção no Sistema Único de Saúde, período em que se iniciaram as primeiras reflexões em relação à linha de cuidado, porém sem elaboração de um produto.

Em 2016, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina preocupada com o aumento do sobrepeso e obesidade na população infantil e em adultos jovens, formou um grupo de trabalho, que embasado na legislação do SUS, tem a imagem objetivo de elaborar a linha de cuidado traçando estratégias para planejamento e implementação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas para o estado de Santa Catarina.

## 2. OBJETIVOS

### Geral:

Implantar uma linha de cuidado de sobrepeso e obesidade em Santa Catarina, definindo as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

### Objetivos Específicos:

- ↳ Organizar a Rede de Atenção ao Portador de Sobrepeso e Obesidade, em serviços hierarquizados e regionalizados, e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde;
- ↳ Definir as competências de cada ponto de atenção em relação ao atendimento ao Portador de Sobrepeso e Obesidade, estabelecendo mecanismos de comunicação entre esses pontos de atenção;
- ↳ Garantir recursos necessários ao funcionamento dessa rede segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;
- ↳ Propiciar formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- ↳ Garantir a oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;
- ↳ Implantar a Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade ao Portador de Sobrepeso e Obesidade de acordo com critérios definidos neste plano;
- ↳ Estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos portadores de sobrepeso e obesidade;
- ↳ Estabelecer fluxos de atendimento (referência e contra-referência) aos pacientes portadores de sobrepeso e obesidade;
- ↳ Estabelecer critérios para contratualização de serviços de Atenção em Alta Complexidade ao Paciente Portador de sobrepeso e obesidade;
- ↳ Realizar avaliação dos serviços contratualizados;
- ↳ Implantar o Plano Interssetorial de Obesidade, visando à redução em todos os ciclos da vida da população brasileira.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

No Quadro 01 apresenta-se a regulamentação em relação à organização e habilitação da assistência ao portador de sobrepeso e obesidade.

**QUADRO 01** – Fundamentação legal para a organização da assistência ao portador de sobrepeso e obesidade.

2000	
<b>PORTARIA No. 196 - Assinatura: 29/02/2000 - Diário Oficial da União: 43-E - Publicação: 01/03/2000.</b> Aprova na forma do anexo desta Portaria, os critérios clínicos para indicação de realização de gastroplastia, como tratamento cirúrgico de obesidade mórbida, o âmbito do SUS.	Revogada parcialmente pela Portaria <b>GM/SAS No. 1157, de 18/10/2000.</b>
2001	
<b>PORTARIA No. 628 - Assinatura: 26/04/2001 - Diário Oficial da União: 114-E - Publicação: 13/06/2001 (Publicada e.</b> Aprova, na forma do anexo I desta Portaria, o protocolo de indicação de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do SUS.	Retifica a Portaria 628
2002	
<b>PORTARIA No. 545 - Assinatura: 18/03/2002 - Diário Oficial da União: 54 - Publicação: 20/03/2002.</b> Inclui novos procedimentos na Tabela SIH/SUS. <b>Republicada</b> pela (o) Portaria No. 545 em 27/03/2002.	Revogada (o) pela(o) Portaria No. 2227 em 11/09/2007.
2005	
<b>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução NO. 1766,</b> de 11 de julho de 2005. Estabelece normas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Publicada no DOU de 11 de julho de 2005, Seção 1, p. 114.	em vigor
2007	
<b>PORTARIA GM/MS N. 1569. Assinatura: 28/06/2007 - Diário Oficial da União: 125 - Publicação: 02/07/2007.</b> Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	Revogada(o) pela(o) Portaria No. 424 em 28/06/2013
<b>PORTARIA No. 1570 - Assinatura: 28/06/2007 - Diário Oficial da União: 142. Ementa:</b> Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave.	Revogada(o) pela(o) PORTARIA No. 424 em 28/06/2013
<b>PORTARIA No. 492 - Assinatura: 31/08/2007 - Diário Oficial da União: 172 Ementa:</b> Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.	Revogada(o) pela(o) PORTARIA No. 425 em 15/04/2013. Alterada(o) pela(o) PORTARIA No. 563 em 19/09/2011)
2011	

<b>PORTARIA No. 719 - Assinatura: 07/04/2011 - Diário Oficial da União: 68 - Publicação: 08/04/2011.</b> Ementa: Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	
<b>2012</b>	
<b>CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL/CAISAN, Resolução nº 1,</b> de 30 de abril de 2012, que institui o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015).	em vigor
<b>Portaria nº 23/SVS/MS,</b> de 9 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos Estados, Distrito Federal e capitais e Municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.	em vigor
<b>2013</b>	
<b>PORTARIA No. 424 - Assinatura: 19/03/2013 - Diário Oficial da União: 123 - Publicação: 28/06/2013.</b> Ementa: Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	em vigor
<b>PORTARIA No. 425 - Assinatura: 19/03/2013 - Diário Oficial da União: 71 - Publicação: 15/04/2013.</b> Ementa: Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.	Republica a(o) PORTARIA No. 425 em 20/03/2013
<b>PORTARIA No. 252 - Assinatura: 19/02/2013 - Diário Oficial da União: 34 - Publicação: 20/02/2013.</b> Ementa: Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	em vigor
<b>2014</b>	
<b>PORTARIA No. 1738 - Assinatura: 19/08/2013 - Diário Oficial da União: 160 - Publicação: 20/08/2013.</b> Estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde com base na Política Nacional de alimentação e Nutrição.	em vigor
<b>MANUAL INSTRUTIVO.</b> Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília – DF ,2014.	em vigor
<b>2015</b>	
<b>PORTARIA Nº 670, DE 3 DE JUNHO DE 2015.</b> Mantém até 31 de dezembro de 2015 a habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007, e altera a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013.	Em vigor
<b>2017</b>	

<p><b>PORTARIA Nº 62, DE 6 DE JANEIRO DE 2017.</b> Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.</p>	Em vigor
--	----------

Fonte: Publicações do Ministério da Saúde, 2017.

No Quadro 02 apresenta-se as portarias que possuem relação com a organização e implantação da Rede de Atenção à Saúde e são transversais a assistência ao portador de sobrepeso e obesidade.

**QUADRO 02** – Portarias nacionais relativas à Rede de Atenção à Saúde que se relacionam de forma transversal a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Portarias relacionadas
<b>2006</b>
BRASIL. <b>Portaria nº 687/GM/MS</b> , de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.
<b>PORTARIA No. 971 - Assinatura: 03/05/2006 - Diário Oficial da União: 84 - Publicação: 04/05/2006.</b> Ementa: Aprova, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.
<b>2010</b>
<b>Portaria nº 4.279/GM/MS</b> , de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
<b>2011</b>
<b>DECRETO No. 7508</b> - Assinatura: 28/06/2011 - Diário Oficial da União: 123 - Publicação: 29/06/2011. Ementa: Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disposto pela(o) PORTARIA No. 2928 em 13/12/2011.
<b>PORTARIA No. 1600 - Assinatura: 07/07/2011 - Diário Oficial da União: 130 - Publicação: 08/07/2011.</b> Ementa: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>PORTARIA No. 2488 - Assinatura: 21/10/2011 - Diário Oficial da União: 204 - Publicação: 24/10/2011.</b> Ementa: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022.</b>

Fonte: Publicações do Ministério da Saúde, 2014

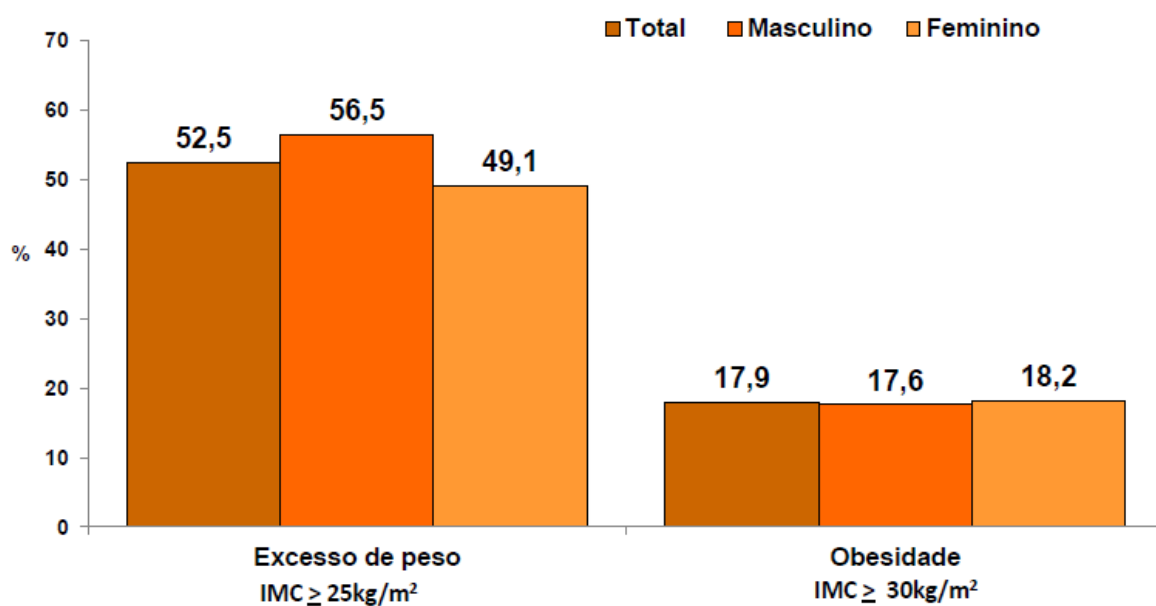
#### 4. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

No Brasil, a preocupação com o monitoramento do excesso de peso e obesidade é extremamente recente, haja vista que há bem pouco tempo a maior preocupação ainda era com a desnutrição infanto-juvenil.

Com o desenvolvimento do país e acesso a melhor renda e programas de governo a proporção de adultos com excesso de peso tem aumentado progressivamente.

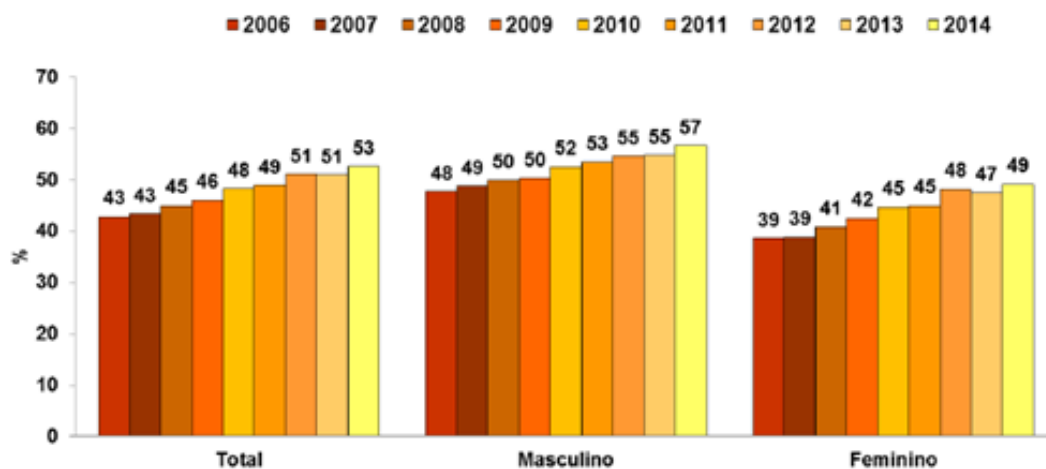
Os dados do VIGITEL (2014) são alarmantes. A obesidade passou de 11,9% em 2006 para 17,9% em 2014. No período 2006-2014 a frequência de excesso de peso passou de 43% para 53%. O excesso de peso nos homens aumentou em 9% e nas mulheres 10% (BRASIL, 2014).

**FIGURA 01** – Excesso de peso e obesidade por sexo no Brasil em 2014.



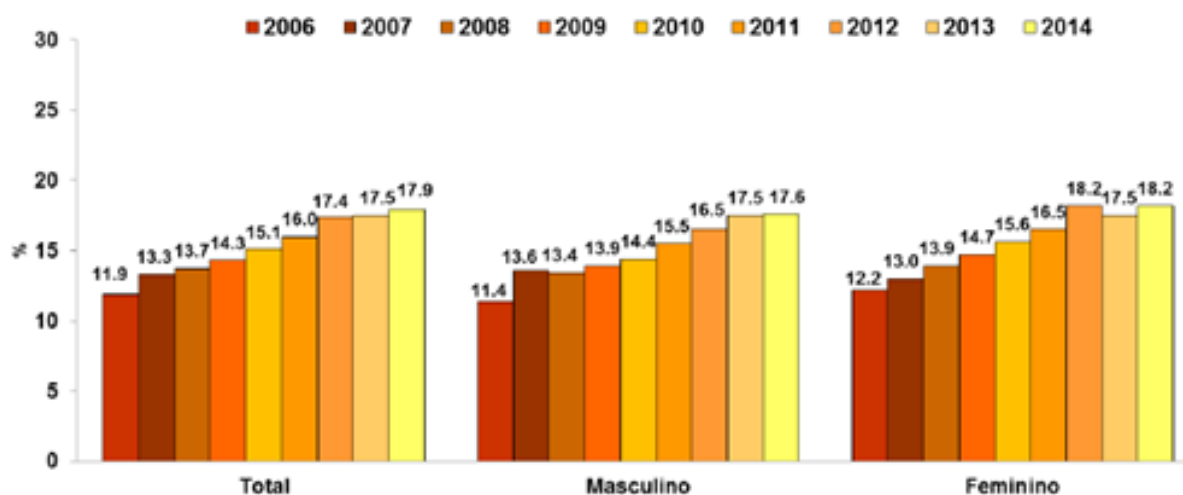
Fonte: Vigitel, 2014.



**FIGURA 02** – Frequência de excesso de peso no período 2006 a 2014 no Brasil.

Fonte: Vigitel, 2014.

O excesso de peso e a obesidade entre jovens e crianças também é preocupante. A avaliação do estado nutricional de crianças de 5 a 9 anos de idade, estudada pela Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009, mostrou que o excesso de peso e a obesidade já atingem 33,5% e 14,3%, respectivamente (IBGE, 2010).

**FIGURA 03** – Frequência de obesidade no período 2006 a 2014 no Brasil.

Fonte: Vigitel, 2014.

Em comparação com outros países, o Brasil apresenta um percentual de 17,1% de obesos, abaixo do Uruguai (19,9%), Argentina (20,5%), Paraguai (22,8%), Chile (25,1%) e Estados Unidos da América (27,7%).

De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar – POF nos períodos de 1974/1975, 1989, 2002/2003 e 2008/2009, a Região Sul do país lidera os indicadores de excesso de peso. Este fato ocorre tanto na população feminina como na masculina na faixa etária de 10 a 19 anos e na de 20 anos e mais.

Segundo estudos realizados pelo Instituto Nacional de Câncer, em 2002 – 2003, o excesso de peso na população de Florianópolis era de 38,6%, sendo que no sexo feminino apresentando o valor de 34,3% e o sexo masculino 43,7%. Já em estudos realizados pela VIGITEL BRASIL 2011, em Florianópolis a população com excesso de peso era de 48,2%, sendo que no sexo feminino apresentando o valor de 38,2% e no sexo masculino 58,3%. Ainda segundo a VIGITEL BRASIL 2013, em Florianópolis a população de adultos com sobre peso aumentou para 49% e conforme a VIGITEL BRASIL 2014 subiu para 51%. Em um intervalo de 12 anos, o percentual de sobrepeso em Florianópolis apresentou um aumento de 12,4%.

O Estado de Santa Catarina implantou o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) que corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação fornece uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional.

O SISVAN trata-se de uma ferramenta informatizada, desenvolvida pelo DATASUS, que apresenta a possibilidade de registro de informações para monitoramento do estado nutricional da população atendida por demanda espontânea nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde o por profissionais da Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Um dos principais objetivos da Vigilância Nutricional contemplada pelo SISVAN – módulo municipal corresponde à avaliação do estado nutricional de diferentes grupos populacionais. As informações do estado nutricional dos usuários da atenção básica, cujos dados foram registrados no sistema informatizado.

**TABELA 1-** Cobertura do SISVAN por faixa etária no ano de 2012 e 2015, em Santa Catarina.

<b>Faixas Etárias</b>	<b>Cobertura SISVAN 2012</b>	<b>Cobertura SISVAN 2015</b>
Crianças < 5 anos	38%	32,27%
Crianças 5 a 10 anos	17,43%	16,13%
Adolescente (10 – 19 anos)	7,80%	6,3%
Adulto (20 – 59 anos)	4,15%	1,52%
Idoso (60 anos +)	1,78%	1,6%

Fonte: SISVAN, ago. 2016.

Como podemos observar na Tabela 01, no SISVAN predomina o acompanhamento de crianças menores de 05 anos em relação ao de adolescentes, adultos e idosos. Este fato possivelmente ocorre porque, em 2007, o Programa Bolsa Família – PBF (Ministério de Desenvolvimento Social – MDS) passou a utilizar outro aplicativo (SISVAN – MDS) para registro dos acompanhamentos dos beneficiários do programa, que utiliza outra base de dados. Desta forma, os municípios privilegiaram o uso deste aplicativo, que é compulsório para os beneficiários do PBF, em detrimento ao SISVAN – MS, módulo municipal.

Esta medida, além de ocasionar uma queda do registro do SISVAN – MS, e uma diminuição significativa no acompanhamento de adolescentes, adultos e idosos, também redefiniu o foco da atenção para os beneficiários do programa Bolsa Família. Caso o município mantivesse as duas coberturas, necessitaria alimentar dois bancos de dados diferentes, um para o aplicativo do Ministério da Saúde, que visa à vigilância alimentar e nutricional, das pessoas que procuram a atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), e outro para o Ministério de Desenvolvimento Social, voltado às ações de controle das crianças e gestantes contempladas pelo PBF. Os dados do módulo do SISVAN-MDS e SIS-PRÉNATAL passaram a migrar para o SISVAN-MS aumentando a cobertura das crianças menores de cinco anos e gestantes.

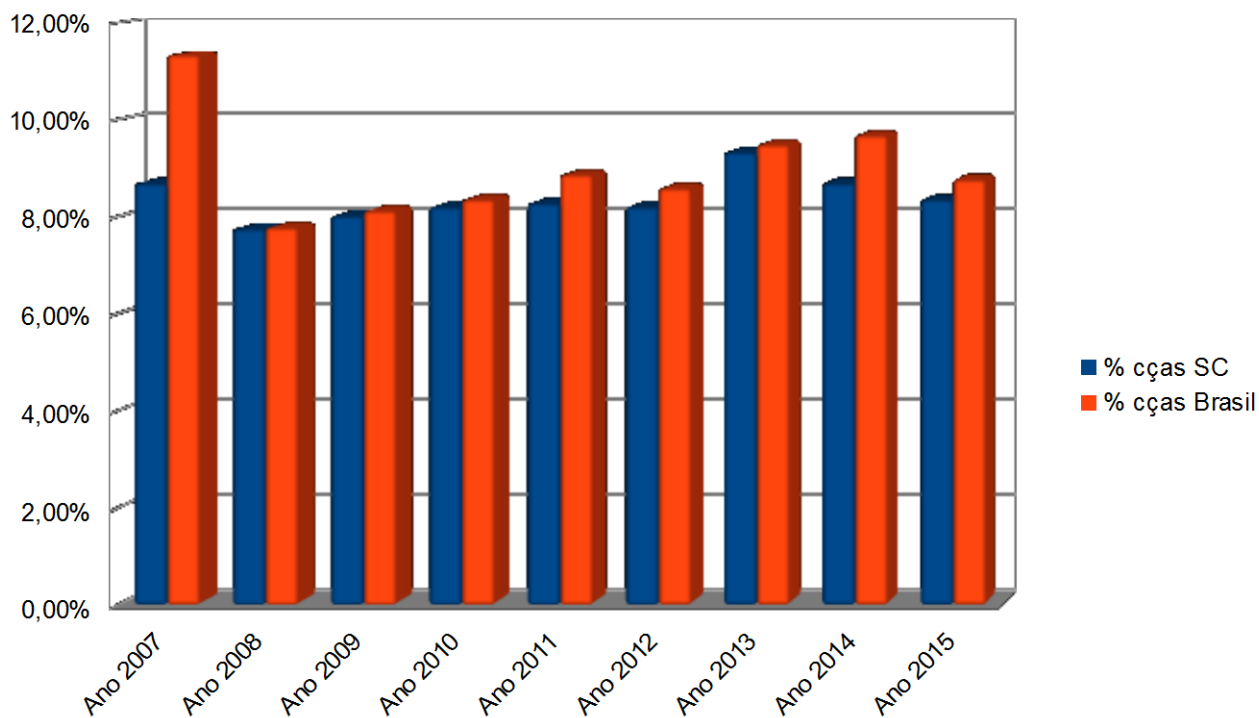
Outro fator importante na diminuição do acompanhamento do SISVAN, consiste na instalação de sistema próprio (prontuário eletrônico) em muitos municípios, o qual não faz migração de dados para Sistemas do Ministério da Saúde.

**QUADRO 03-** Percentual de sobrepeso em crianças < de 5 anos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.

ANO	Crianças < 5 anos com sobrepeso SC (peso X idade)	Crianças < 5 anos com sobrepeso Brasil (peso X idade)
2007	8,69%	11,33%
2008	7,75%	7,78%
2009	8,02%	8,13%
2010	8,2%	8,36%
2011	8,28%	8,87%
2012	8,2%	8,59%
2013	9,33%	9,49%
2014	8,69%	9,68%
2015	8,35%	8,77%

Fonte: SISVAN, ago. 2016.

**FIGURA 04-** Percentual de sobrepeso em crianças < de 5 anos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SISVAN, ago. 2016

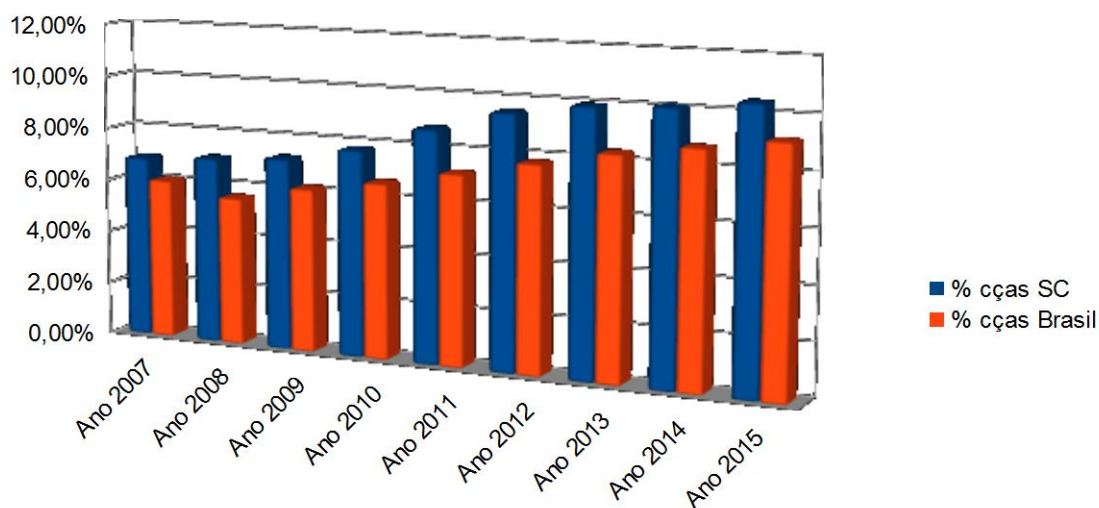
De acordo com o Quadro 03 e Figura 04, houve uma diminuição do sobrepeso em 2008, tanto em SC como no Brasil. Porém em 2009 voltou a aumentar, atingindo maiores índices em 2013 no Estado e em 2014 no País.

**QUADRO 04** – Percentual de sobrepeso em crianças de 5 a 10 anos, no período de 2007 a 2015 em Santa Catarina e Brasil.

ANO	Crianças de 5 a 10 anos com sobrepeso SC (peso X idade)	Crianças de 5 a 10 anos com sobrepeso Brasil (peso X idade)
2007	6,86%	6,05%
2008	7,03%	5,59%
2009	7,23%	6,17%
2010	7,76%	6,59%
2011	8,73%	7,17%
2012	9,51%	7,76%
2013	9,94%	8,33%
2014	10,09%	8,74%
2015	10,41%	9,16%

Fonte: SISVAN, ago. 2016.

**FIGURA 05-** Percentual de sobrepeso em crianças de 5 a 10 anos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SISVAN, ago. 2016.

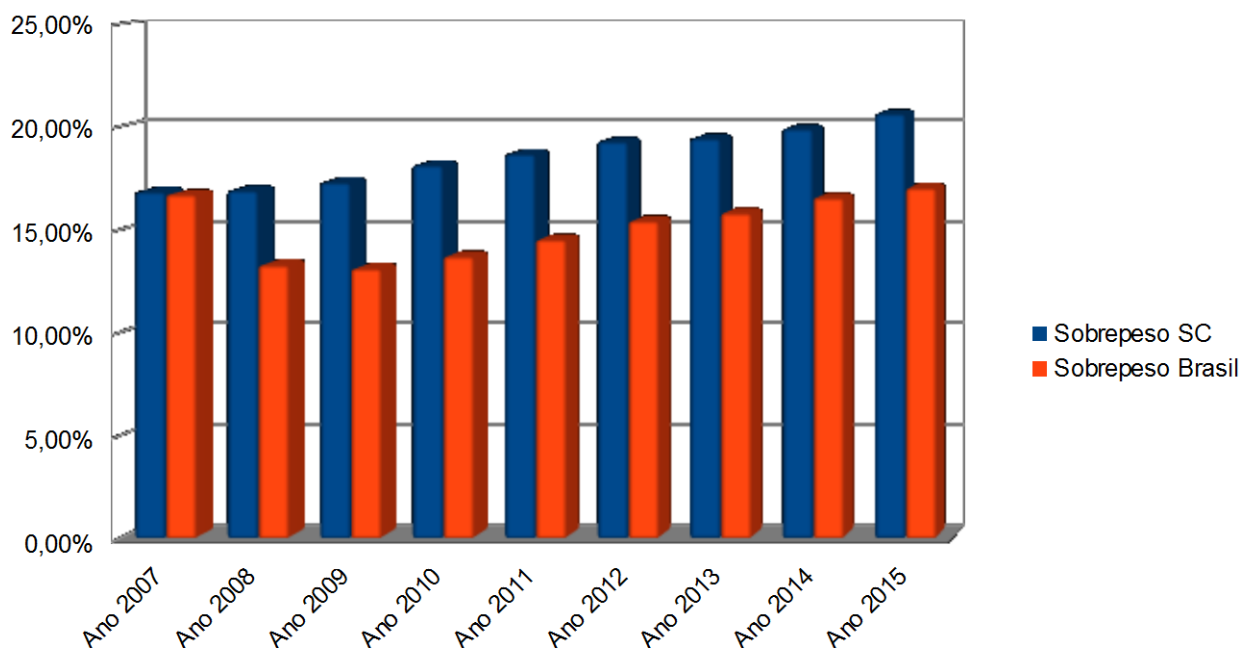
Segundo o Quadro 04 e Figura 05, houve um aumento do sobrepeso em crianças de 5 a 10 anos, no período de 2007 a 2015, sendo que os valores em SC são superiores ao do país.

**QUADRO 05-** Percentual de sobrepeso e obesidade conforme o IMC em adolescentes, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.

ANO	Adolescente com sobrepeso SC	Adolescente com sobrepeso Brasil	Adolescente com obesidade SC	Adolescente com obesidade Brasil
2007	16,85%	16,71%	7,3%	7,77%
2008	16,9%	13,28%	7,97%	4,09%
2009	17,3%	13,11%	7,97%	4,08%
2010	18,13%	13,7%	7,32%	4,41%
2011	18,68%	14,52%	7,82%	4,93%
2012	19,29%	15,42%	8,62%	5,62%
2013	19,44%	15,81%	8,64%	5,88%
2014	19,9%	16,55%	9,4%	6,5%
2015	20,64%	17,03%	9,95%	6,81%

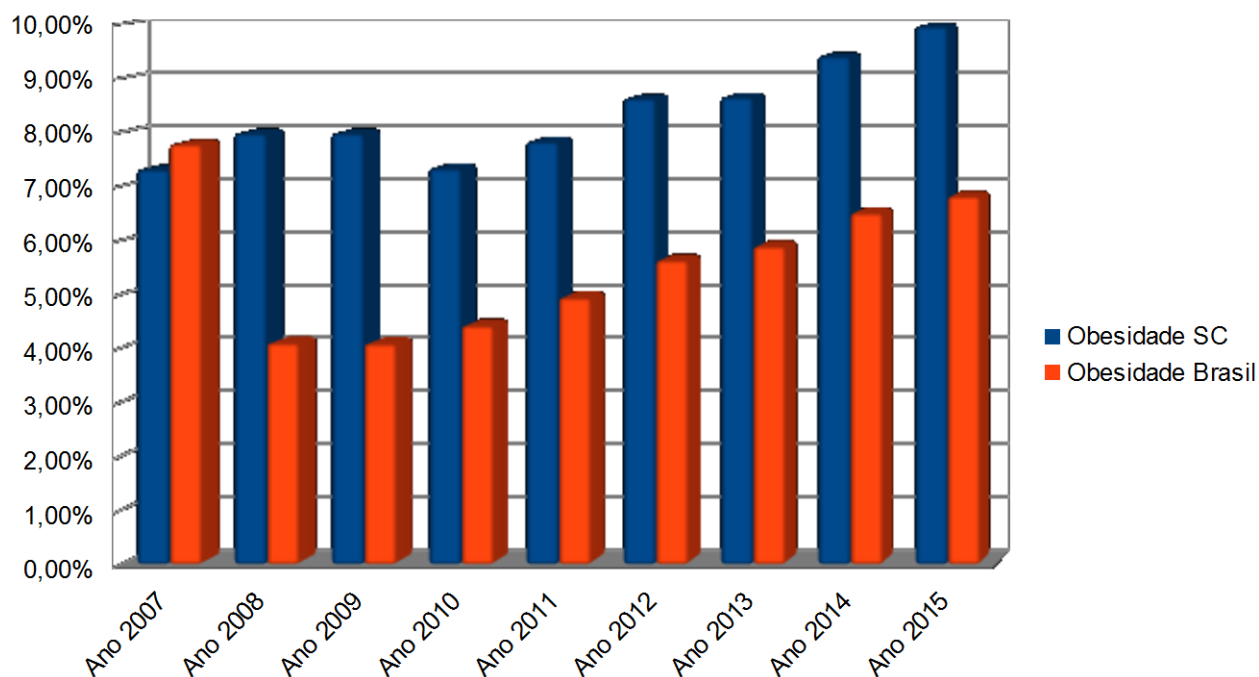
Fonte: SISVAN, ago. 2016.

**FIGURA 06-** Percentual de sobrepeso conforme o IMC em adolescentes, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SISVAN, ago. 2016.

**FIGURA 07-** Percentual de obesidade conforme o IMC em adolescentes, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SISVAN, ago. 2016.

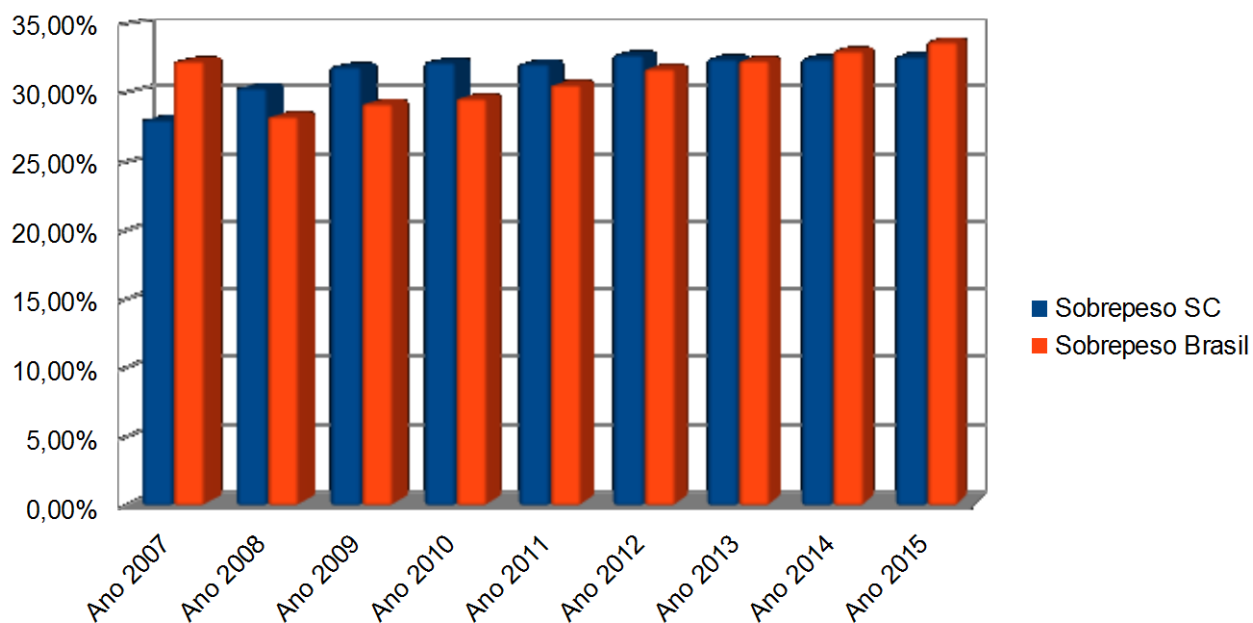
Observando o Quadro 05 e as Figuras 06 e 07, verifica-se um aumento do sobrepeso e obesidade em adolescentes, no período de 2007 a 2015. No Brasil, a obesidade em adolescentes sofreu uma queda em 2008, 2009 e 2010, voltando a subir em 2012. No estado os dados de sobrepeso e obesidade em adolescentes são bem superiores ao do país.

**QUADRO 06 -** Percentual de sobrepeso e obesidade conforme o IMC em adultos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.

ANO	Adulto com sobrepeso SC	Adulto com sobrepeso Brasil	Adulto com obesidade SC	Adulto com obesidade Brasil
2007	28,01%	32,28%	22,27%	19,88%
2008	30,33%	28,26%	21,17%	14,23%
2009	31,86%	29,18%	21,04%	15,37%
2010	32,19%	29,58%	24,02%	16,21%
2011	32,08%	30,56%	24,02%	17,68%
2012	32,73%	31,72%	25,72%	19,62%
2013	32,43%	32,31%	27,79%	20,99%
2014	32,44%	33,01%	28,5%	22,39%
2015	32,61%	33,68%	30,34%	23,35%

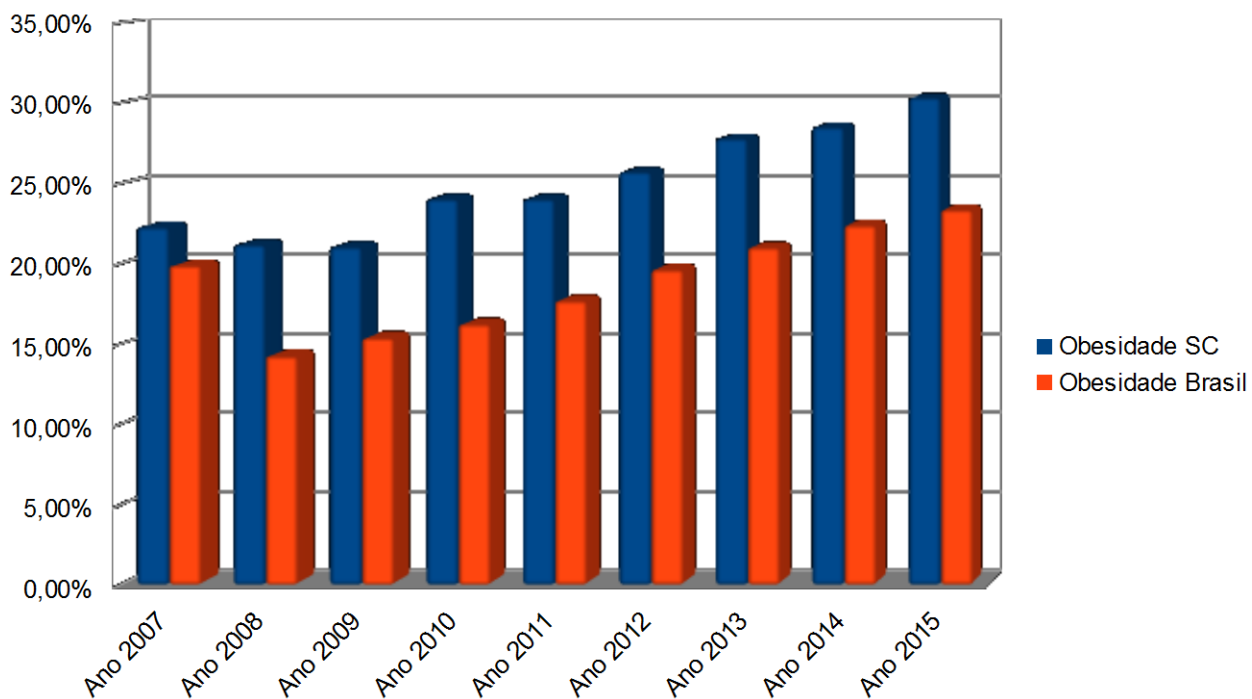
Fonte: SISVAN, ago. 2016.

**FIGURA 08-** Percentual de sobrepeso conforme o IMC em adultos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SISVAN, ago. 2016.

**FIGURA 09-** Percentual de obesidade conforme o IMC em adultos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SISVAN, ago. 2016.



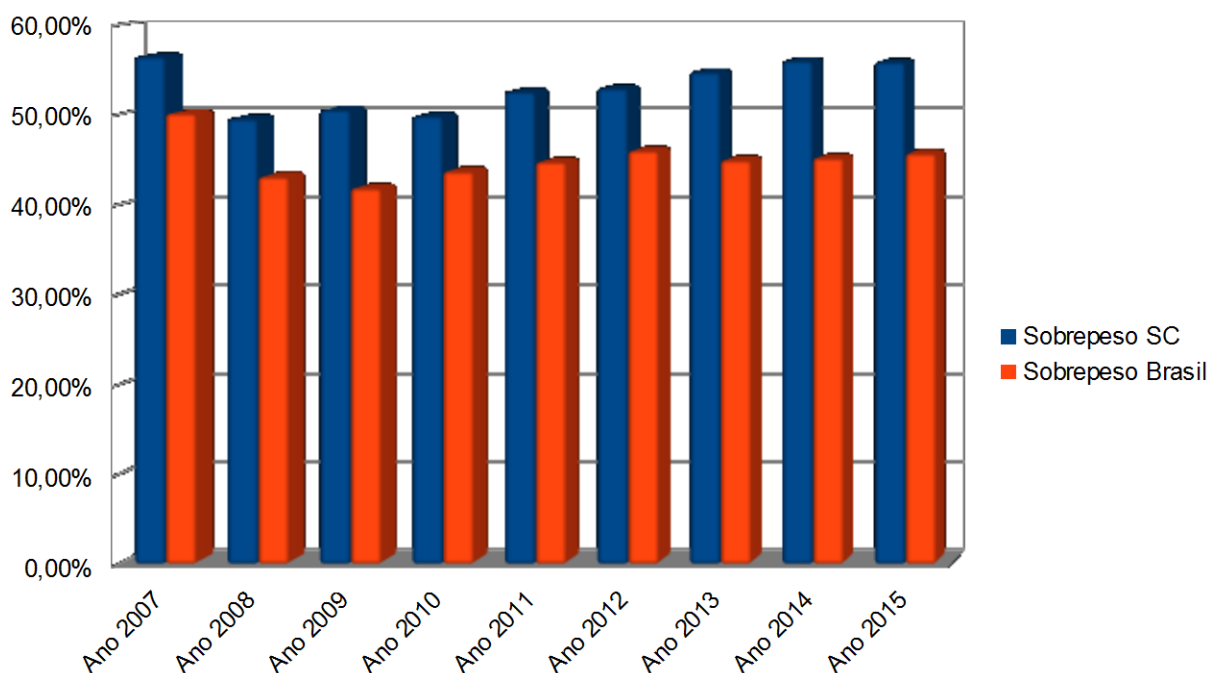
Segundo o Quadro 06 e as Figuras 08 e 09, houve um aumento do sobrepeso e obesidade em adultos, no período de 2007 a 2015. No Brasil, o sobrepeso em adultos sofreu uma queda em 2008, voltando a subir em 2009. No Estado os dados de obesidade em adultos apresentam-se bem superiores ao do País.

**QUADRO 07-** Percentual de sobrepeso conforme o IMC em idosos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.

ANO	Idoso com sobrepeso SC	Idoso com sobrepeso Brasil
2007	56,45%	50,1%
2008	49,51%	43,07%
2009	50,53%	41,79%
2010	49,83%	43,65%
2011	52,55%	44,72%
2012	52,9%	45,96%
2013	54,71%	44,89%
2014	56%	45,15%
2015	55,84%	45,65%

Fonte: SISVAN, ago. 2016.

**FIGURA 10-** Percentual de sobrepeso conforme o IMC em idosos, no período de 2007 a 2015, em Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SISVAN, ago. 2016.

De acordo com o Quadro 07 e a Figura 10 em Santa Catarina e no Brasil, houve uma diminuição do sobrepeso nos idosos em 2008, porém em 2009 os índices voltaram a subir, mantendo-se em crescimento. O aumento do sobrepeso na população de idosos em Santa Catarina foi maior em 2014 e no Brasil foi em 2015.

## **5. DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE COMO LINHA DE CUIDADO PRIORITÁRIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

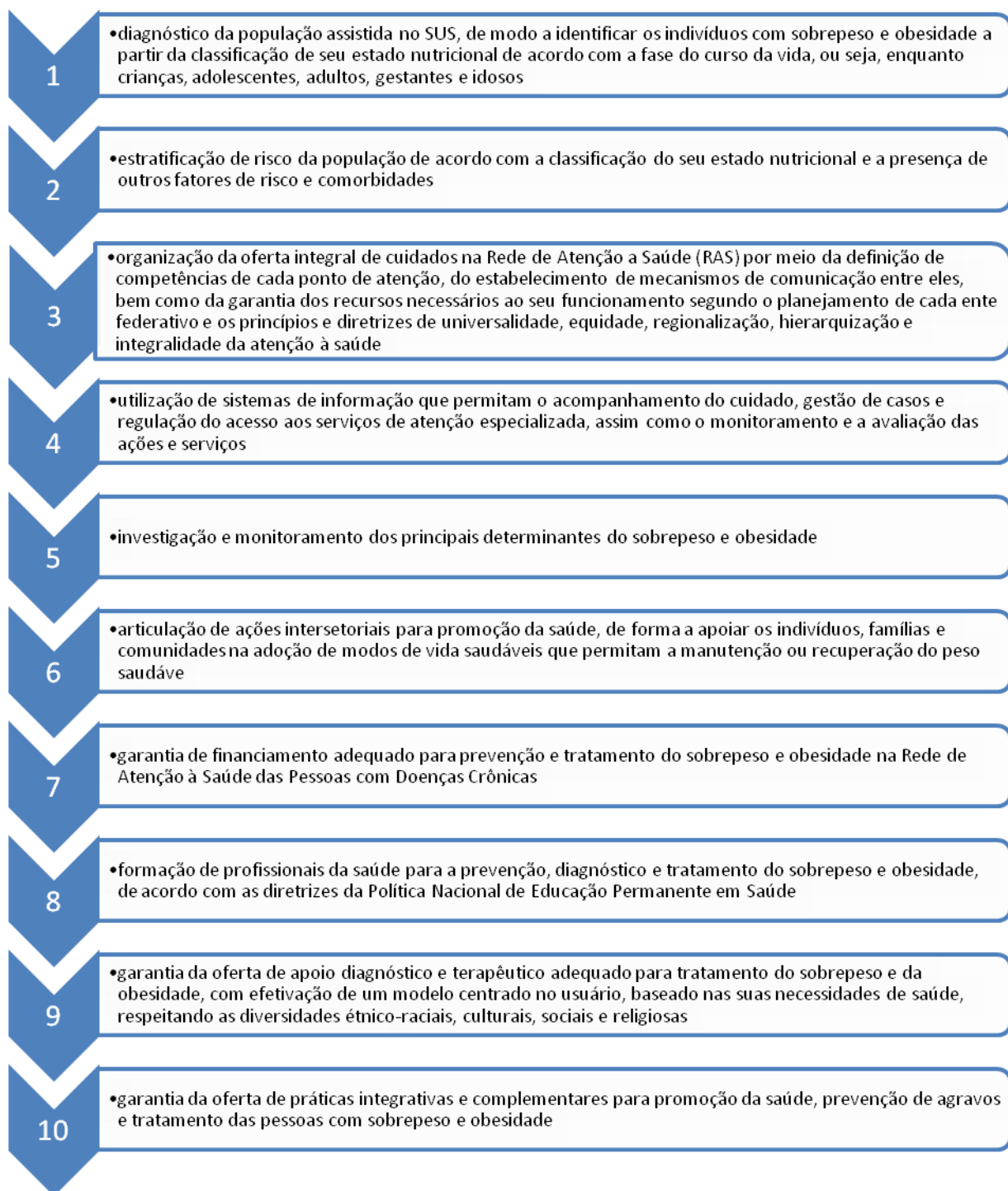
A Portaria 424 de 2013 apresenta modificações importantes no entendimento do sobrepeso e obesidade no país.

Por se tratar de uma linha de cuidado dentro da rede de atenção às doenças crônicas, foca no entrelaçamento dos pontos de atenção, responsabilizando a cada um dentro de suas responsabilidades.

A Figura 11 apresenta as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, mostrando a abrangência que esta linha de cuidado precisa conter.

**FIGURA 11** - Diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, conforme Portaria nº 424, de

19/3/2013.



Fonte: Ministério da Saúde Portaria 424, 2013.

## 6. ATRIBUIÇÕES DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS COM ÊNFASE NA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE

A linha de cuidado do sobrepeso e obesidade consiste em uma das linhas prioritárias da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

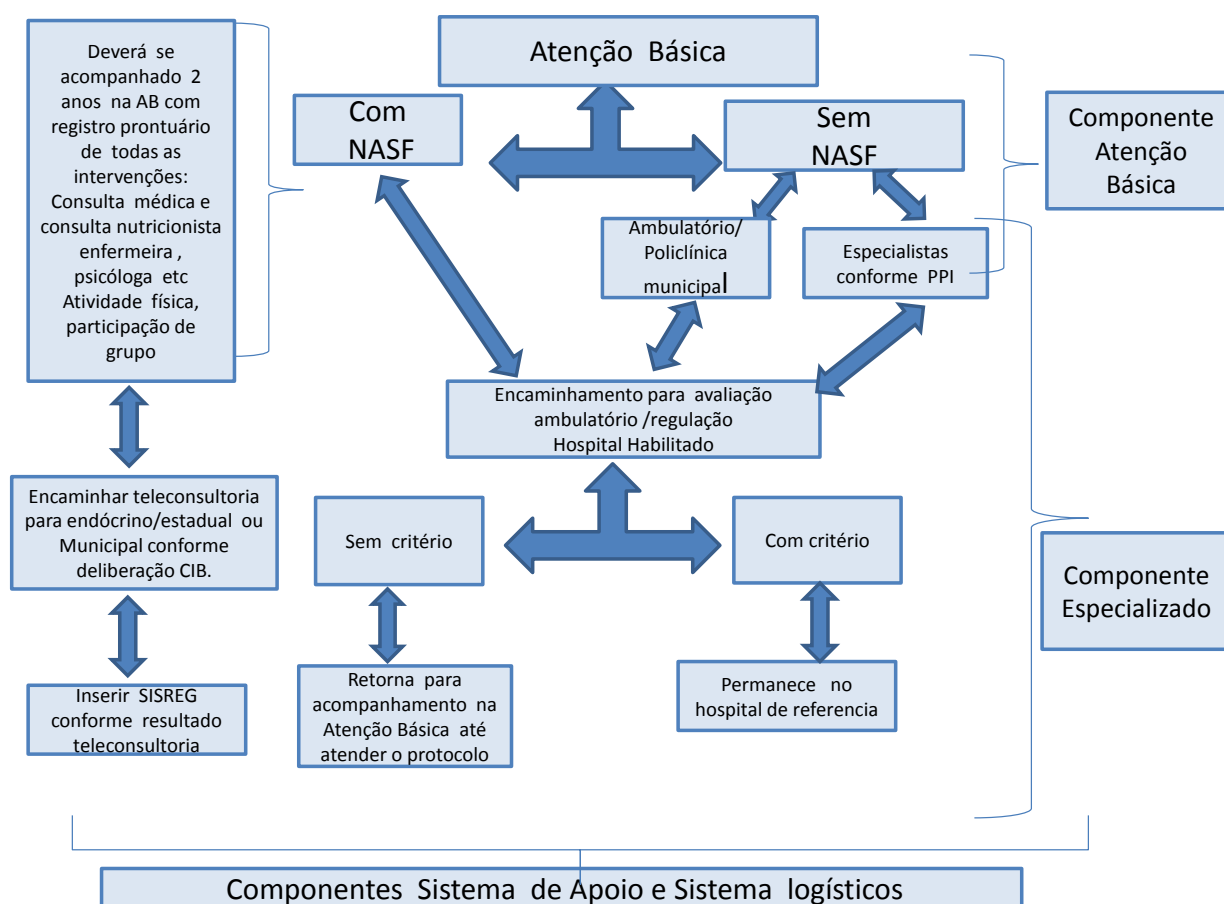
Seguindo a Portaria 424/2013 a linha de cuidado possui 3 componentes.

O primeiro consiste no Componente de Atenção Básica com seus pontos de atenção, o segundo componente apresenta a Atenção Especializada que se divide em três subcomponentes, quais sejam, o Subcomponente Ambulatorial Especializado, o Subcomponente Hospitalar e o Subcomponente de Urgência e Emergência. O terceiro componente da linha de cuidado trata dos Sistemas de Apoio e Sistema Logístico.

Desta forma temos o seguinte fluxo de encaminhamento dentro da linha de atenção:

A seguir apresenta-se fluxograma para atenção ao portador de sobrepeso e obesidade, em todos os seus componentes.

**FIGURA 12** – Fluxo da linha de cuidado conforme Portaria nº 424, de 19/3/2013.



Fonte:SES, 2017.

Para seguir a linha de cuidado, a avaliação inicial do obeso deverá ser realizada por médico ou equipe na Unidade Básica de Saúde, ou por meio de consulta especializada em ambulatório ou policlínicas.

A avaliação especializada, por sua vez, é feita por médico ou equipe, em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

1. **Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico** para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação da Portaria nº 424, de 19/3/2013;
2. **Organizar o acesso à cirurgia**, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;
3. **Realizar tratamento cirúrgico da obesidade** de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I da Portaria nº 424, de 19/3/2013 e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;
4. **Realizar cirurgia plástica reparadora** para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;
5. **Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória** aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
6. **Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico** para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no ( Anexo 1); e
7. **Realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada**, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

## 6.1. COMPONENTE ATENÇÃO BÁSICA:

Segundo a Portaria 424 de 2013 que trata da linha de cuidado que trata do sobrepeso e obesidade, o componente Atenção Básica na linha de cuidado possui as seguintes ações a serem desenvolvidas:

- a) **Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita** com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;
- b) **Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade** de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;
- c) **Apoiar o autocuidado** para manutenção e recuperação do peso saudável;
- d) **Prestar assistência terapêutica multiprofissional** aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m<sup>2</sup>, de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;
- e) **Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos** que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC <sup>3</sup> 30 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades ou IMC <sup>3</sup> 40 kg/m<sup>2</sup>;
- f) **Prestar assistência terapêutica multiprofissional** aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar;
- g) **Garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade** em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde.

### 6.1.1 Ações prioritárias da Atenção Básica

O estado realizará a implantação e implementação das seguintes ações:

- ✓ **Reconhecimento e monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN - WEB)**. Acompanhando o estado nutricional da população sua cultura alimentar, as ofertas e necessidades do território para garantia de Segurança Alimentar e Nutricional;
- ✓ **Planejamento e oferta dos cuidados em alimentação e nutrição com base na realidade local**, maior resolubilidade na AB e melhor acesso aos pontos de atenção especializada;
- ✓ **Trabalho em equipe multiprofissional**, diferentes olhares e saberes sobre a alimentação e nutrição equivalendo a práticas mais complexas e efetivas;
- ✓ **Articulação intersetorial e a participação popular no território para promoção da saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional**;

Existem três níveis estratégicos de organização que devem ser considerados para que a prevenção e o controle da obesidade sejam efetivos, são eles: o âmbito macro, das macropolíticas que regulam o sistema de Atenção à Saúde; o âmbito meso, das organizações de Saúde e da comunidade; e o âmbito micro, das relações entre as equipes de Saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros. Os limites entre os níveis micro, meso e macro nem sempre são claros. Eles estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação em que os eventos de um âmbito influenciam as ações de outro, e assim sucessivamente (OMS, 2006).

No **ÂMBITO MICRO** encontra-se as relações entre equipes de Saúde e pessoas usuárias e suas famílias. O âmbito micro estrutura-se para enfrentar dois problemas: a falta de autonomia dos indivíduos para melhorar sua saúde e a baixa qualidade da interação entre usuários e profissionais das equipes de Atenção Básica. O comportamento diário dos usuários de aderir a esquemas terapêuticos, praticar exercícios físicos, alimentar-se de forma adequada, abandonar o tabagismo e interagir com as organizações de Saúde influenciam os resultados sanitários em proporções maiores que as intervenções médico-sanitárias tradicionais. A tríade presente no âmbito micro está representada pelas pessoas usuárias e suas famílias, pela equipe de Saúde e pelo grupo de apoio da comunidade.

Estratégias para prevenção e controle da obesidade em Âmbito Micro Indivíduos e famílias: buscar a melhoria de sua própria qualidade de vida, por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis, que incluam alimentação equilibrada, atividade física, lazer e convívio social.

Indivíduos e comunidades: formar grupos de apoio para fortalecer o combate à obesidade, tornando-se também agentes promotores de saúde. As ações podem incluir grupos de práticas corporais, trocas de receitas, oficinas culinárias, hortas comunitárias, roda de experiências, entre outras.

ESF/UBS e sua relação com indivíduos e famílias: promover o conhecimento a respeito dos fatores determinantes de adoecimento, assim como dos recursos necessários para melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças e agravos.

ESF/UBS e sua relação com a comunidade: estimular o fortalecimento de lideranças comunitárias e a participação dos moradores no conselho local de Saúde, incentivando-os a participar dos processos de decisão dos setores públicos e privados que exerçam influência na saúde da comunidade.

No **ÂMBITO MESO** encontramos as organizações de Saúde e comunidade. O âmbito meso, propõe uma mudança de foco das organizações de Saúde, retirando a ênfase nas condições agudas para implantar uma atenção que dê conta principalmente das condições crônicas. Isso significa as seguintes mudanças: colocar a temática das condições crônicas no plano estratégico dessas organizações; promover a coordenação da Atenção à Saúde; utilizar



tecnologias de gerenciamento das condições crônicas; desenvolver uma atenção proativa, contínua e integral, com valorização relativa dos procedimentos promocionais e preventivos; estimular e apoiar as pessoas usuárias e suas famílias no seu autocuidado; adotar diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas; implantar sistemas de informação clínica potentes, investindo fortemente em tecnologia de informação; integrar os recursos da organização com os recursos comunitários; e mobilizar e coordenar os recursos comunitários. As ações devem ser planejadas com a comunidade, para que sejam consideradas características de diversidade política, geográfica, cultural, étnica, de idade e gênero, questões socioeconômicas e de saúde/doença.

As estratégias para prevenção e controle da obesidade em Âmbito Meso são ligadas aos processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde. São elas:

- ✓ Realizar rastreamento do estado nutricional (peso, altura/comprimento e circunferência abdominal) de seus usuários para identificação precoce de excesso de peso e de obesidade em crianças, adolescentes e adultos. O rastreamento deve ser realizado nas consultas e atividades programáticas e espontâneas de rotina. Em adição, a equipe de Saúde da Família deve organizar a busca ativa dos indivíduos por meio de mutirões ou em situações oportunas, como campanhas de vacinação, Dia Mundial de Combate à Obesidade e Semana da Alimentação Saudável;
- ✓ Realizar grupos de educação nutricional e de qualidade de vida, que estimulem o senso crítico e a capacidade de escolha, valorizem o conhecimento e envolvimento da comunidade, e nos quais sejam trabalhados temas relacionados à alimentação saudável, como: estratégias para redução do sódio e da gordura na preparação de alimentos; análise crítica de rótulos e propagandas; estímulo ao consumo de frutas e vegetais da estação; estímulo ao consumo de leguminosas; estímulo à produção caseira de alimentos em contraposição à compra de alimentos industrializados; técnicas culinárias; higiene e conservação de alimentos e preparações; criação de hortas domiciliares; reflexão sobre práticas alimentares e sociedade;
- ✓ Promover grupos de caminhada, dança, alongamentos, ioga, relaxamento e outras práticas corporais para o público adulto e infantil;
- ✓ Exercitar a intersetorialidade, com escolas, igrejas, associação de moradores e outros equipamentos públicos ou privados da comunidade. Os espaços intersetoriais podem auxiliar na promoção de saúde com recursos humanos ou materiais em atividades de práticas corporais, oficinas culinárias, educação alimentar e nutricional, na criação de hortas comunitárias, entre outros;
- ✓ Estimular, individual e coletivamente, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o aleitamento materno complementado por dois anos ou mais;

- ✓ Realizar atividades coletivas de prevenção secundária, como grupos de hipertensos e de diabéticos;
- ✓ Buscar o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para planejar as ações individuais e coletivas de prevenção e controle da obesidade, de acordo com as dificuldades e potencialidades locais, considerando os recursos físicos e pessoais existentes;
- ✓ Articular-se com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em níveis secundário e terciário, assumindo a corresponsabilidade nos casos de obesidade que necessitem de Atenção Especializada.

O **ÂMBITO MACRO** apresentam-se as macropolíticas de Saúde, pois propõe a elaboração de políticas que considerem as singularidades das condições crônicas e que desenvolvam as RAS. Isso implica: planejamento baseado nas necessidades da população; integração das políticas de enfrentamento às condições crônicas; alocação de recursos segundo a carga de doenças; alocação de recursos segundo critérios de custo/efetividade; integração dos sistemas de financiamento; alinhamento dos incentivos econômicos com os objetivos da atenção às condições crônicas; implantação de sistemas de acreditação, monitoramento e de qualidade da atenção; desenvolvimento da educação permanente dos profissionais de Saúde; e desenvolvimento de projetos intersetoriais.

As estratégias para prevenção e controle da obesidade em **ÂMBITO MACRO** são:

- ✓ Políticas públicas de Saúde para Vigilância Alimentar e Nutricional e para a promoção de alimentação saudável, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa Bolsa Família, Programa Saúde na Escola, Programa Mais Educação, Academias de Saúde, entre outros.
- ✓ Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e da comunicação entre os diversos níveis de atenção, por meio de sistemas de informação e regulação informatizados.
- ✓ Políticas de educação permanente intersetoriais.
- ✓ Políticas de melhoria e de qualificação da AB e de todos níveis de atenção que compõem as RAS.
- ✓ Políticas de fiscalização e regulação de mídias e propagandas de produtos alimentícios, principalmente aquelas voltadas ao público infantil.
- ✓ Políticas de fiscalização da produção e da rotulagem nas indústrias de alimentos, exigindo transparência, segurança microbiológica e nutricional dos alimentos comercializados e proteção à saúde do consumidor.
- ✓ Políticas de estímulo à produção agrícola local, especialmente de produtos orgânicos.
- ✓ Políticas que melhorem a segurança em parques, escolas e espaços de lazer, para que crianças e adultos possam se exercitar ao ar livre.

Para realizar estas ações é preciso apresentar a capacidade instalada na Atenção Básica no estado, e como estes pontos podem realizar ações de implantação e implementação da linha de cuidado.

### 6.1.2 Capacidade instalada na Atenção Básica

A Estratégia de Saúde da Família - ESF está presente em todos os municípios de SC, sendo que em 2016 a cobertura populacional da ESF em Santa Catarina consiste em 80,9%. Destes, 215 municípios (72,9%) possuem 100% de cobertura da ESF. Em relação aos Polos de Academia da Saúde dos 295 municípios do estado, 123 possuem 147 Polos de Academia habilitados, destes 63 estão em atividade.

**QUADRO 08-** População residente e cobertura de Saúde da Família, NASF e Polos da Academia da Saúde de SC, 2016.

REGIÃO	População (DAB)	% Cobertura pop. estimada SF	Nº equipes SF (DAB)	NASF SC	NASF / MS Tipo I, II e III	Polos Academia da Saúde Homologados	Polos Academia da Saúde em Atividade
EXTREMO OESTE	224.607	96,32%	82	1	27	12	7
OESTE	329.680	90,9%	101	-	31	13	7
XANXERE	190.660	96,23%	69	-	21	16	5
ALTO URUGUAI CATARINENSE	138.660	78,65%	38	-	10	4	3
MEIO OESTE	181.521	89,25%	55	-	16	12	5
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	277.125	70,12%	64	-	14	14	5
ALTO VALE DO ITAJAÍ	273.479	92,72%	95	-	27	11	4
MÉDIO VALE DO ITAJAÍ	686.179	73,39%	153	1	13	6	1
FOZ DO RIO ITAJAÍ	579.946	79,89%	141	-	12	6	6
REGIÃO DE LAGUNA	340.078	98,41%	114	1	16	6	2
CARBONÍFERA	397.652	82,01%	111	-	13	4	4
EXTREMO SUL CATARINENSE	183.931	90,63%	54	1	8	8	3
GRANDE FLORIANÓPOLIS	1.041.828	88,36%	301	1	39	7	0
NORDESTE	894.286	57,02%	152	1	9	10	4
PLANALTO NORTE	357.565	69,83%	81	1	8	8	3
SERRA CATARINENSE	286.089	94,78%	88	-	11	8	5
<b>TOTAL</b>	<b>6383,286</b>	<b>80,79%</b>	<b>1.696</b>	<b>7</b>	<b>277</b>	<b>147</b>	<b>64</b>

FONTE: CGDANT/DANT/SVS/MS

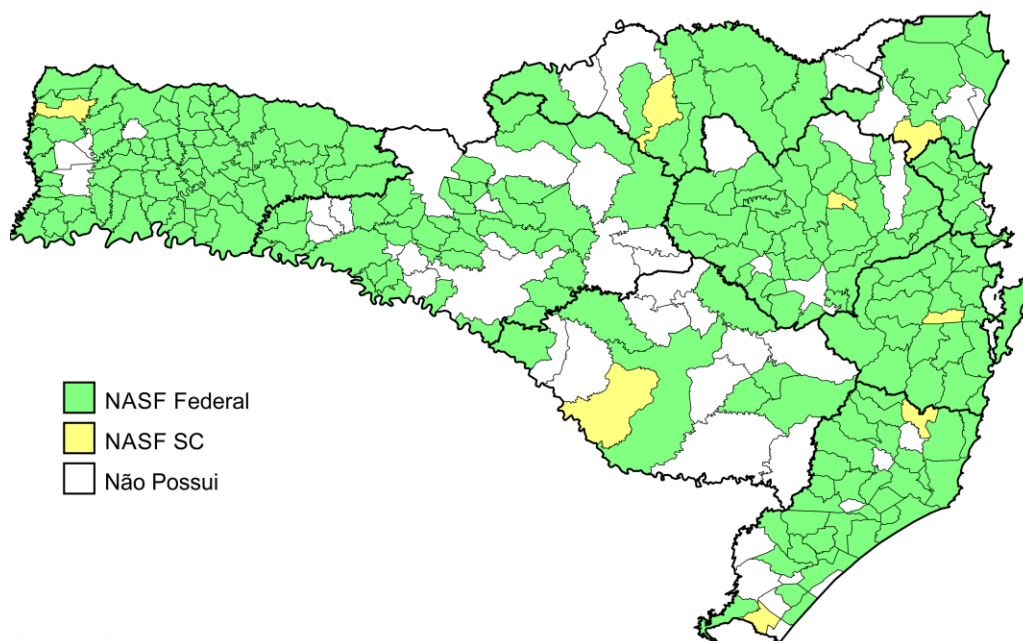
Os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)** foram instituídos a partir da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes formações ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando as equipes de SF e das equipes de AB para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas, fluviais, etc). Devem compartilhar práticas e saberes em saúde com as equipes apoiadas, auxiliando no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, agregando práticas que ampliem o escopo de ofertas na AB (BRASIL, 2011).

O NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de AB/SF, e desenvolve trabalho compartilhado e colaborativo em, pelo menos, duas dimensões: clínico assistencial e técnico-pedagógica. Porém ainda existe a dificuldade de compreensão por parte dos Gestores e equipes dessas dimensões.

A Portaria 154 não contemplava todos os municípios. A partir do ano de 2009 o estado criou o NASF SC, financiando-o, de forma que os municípios, em torno de 230, não contemplados na Portaria 154, fossem incluídos. Novas regulamentações incentivaram o aprimoramento do trabalho dos NASF e possibilitaram que qualquer município pudesse adotar tal política. Estão vigentes as portarias nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das Modalidades 1 e 2 e cria a Modalidade 3.

Em meados de 2012 iniciou-se o estímulo aos municípios que possuíam NASF SC para que solicitassem o credenciamento na modalidade NASF federal. Tal ação foi intensificada em 2013 com a criação do NASF Modalidade 3, Federal.

**FIGURA 13-** Mapa demonstrativo dos municípios de Santa Catarina e situação frente aos NASF's, 2016.



Fonte: DAB, MS, 2016.

O Mapa demonstra que o Estado de Santa Catarina possui uma boa cobertura de NASF, porém ainda temos municípios que não possuem estas equipes. Quando se analisa a composição das equipes elas também são heterogêneas, uma vez que os municípios possuem autonomia de constituir o NASF conforme sua necessidade, optando por determinados profissionais. Para a construção da linha de cuidado seria interessante que todos possuíssem pelo menos, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física para auxiliar no manejo da obesidade mórbida e sobrepeso no seu território.

**QUADRO 09:** Numero de profissionais lotados nas Academias de Saúde por Região de Saúde, em Santa Catarina, 2016.

REGIÃO DE SAÚDE	Prof. de Ed. Física	Ass. Social	Fisioterapeuta geral	Fono	Nutricionista	Psicólogo	Sanitarista	Total de profissionais
Extremo Oeste	6	2	7	0	3	5	0	23
Oeste	7	3	6	1	3	6	1	27
Xanxere	3	1	5	1	1	2	0	13
Serra Catarinense	5	2	3	0	2	2	0	14
Alto Uruguai Catarinense	4	0	2	0	2	1	0	9
Meio Oeste	4	0	3	1	1	3	1	13
Alto Vale Do Rio Do Peixe	6	3	4	0	3	2	1	19
Alto Vale Do Itajai	3	1	3	1	2	1	0	11
Medio Vale Do Itajai	1	0	1	1	1	1	0	5
Foz Do Rio Itajai	8	0	8	5	4	2	2	29
Laguna	2	3	4	0	0	3	0	12
Carbonifera	5	0	0	0	2	0	0	7
Extremo Sul Catarinense	2	0	4	0	2	1	0	9
Planalto Norte	3	2	5	3	2	3	0	18
Nordeste	4	1	0	0	0	0	0	5
Grande Florianopolis	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>63</b>	<b>18</b>	<b>55</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>214</b>

Fonte: Formsus/MS

Conforme demonstra a Quadro 08 o estado de SC possui 278 NASF implantados em 236 municípios. No Quadro 09 apresenta o número de profissionais de saúde nas Academias de Saúde por região. Ressaltamos que o estado possui 54 Professores de Educação Física, 49 Fisioterapeutas, 29 nutricionistas e 33 Psicólogos subdivididos em treze regiões de saúde.

O **Programa Academia da Saúde** foi instituído em 2011 pelo MS e redefinido em 2013 pela portaria SAS/GM 2.681/2013 e tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura e profissionais qualificados.

O Pólo de Academia da Saúde se configura como um serviço da AB, e ponto de atenção da RAS. Suas atividades devem ser desenvolvidas também por profissionais da ESF e do NASF, articulado às UBS. Até o ano de 2013 foram habilitados 147 Polos, distribuídos nas regiões de saúde, destes 63 estão em atividade.

A **Atenção Domiciliar ou Melhor em Casa** consiste em uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação

prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A atenção Domiciliar, no âmbito do SUS, é organizada em três modalidades, quais sejam:

- ✓ AD1: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.
- ✓ AD2: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.
- ✓ AD3: A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

Para a admissão de usuários nas modalidades AD2 e AD3 é fundamental a presença de cuidador identificado. Nas modalidades AD2 e AD3, deverá ser garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

**QUADRO 10-** Municípios que possuem o Programa Melhor em Casa em Santa Catarina, 2016.

<b>Município</b>	<b>EMAP</b>	<b>EMAD1</b>	<b>EMAD2</b>
Araranguá		1	
Biguaçu		1	
Blumenau	1	3	
Capivari de Baixo			1
Jaraguá do Sul		1	
Chapecó	1	2	
Joinville	1	3	
Maravilha			1
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>11</b>	<b>02</b>

Fonte: CNES/2016

As equipes habilitadas estão nos municípios de Biguaçu, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Florianópolis, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Maravilha, Rio do Sul, Timbó e Videira possuem equipes habilitadas, porém ainda não foram implantadas.

## **6.2 - COMPONENTE ATENÇÃO ESPECIALIZADA:**

Na presente linha de cuidado o Componente da atenção especializada se divide em Subcomponente Ambulatorial Especializado, Subcomponente Hospitalar e o Subcomponente de Urgência e Emergência

A Portaria 424/2013 apresenta modificações organizativas importantes quando comparada a antiga legislação.

Por se tratar de uma linha de cuidado, a atenção deixa de ser hospitalar e passa a ser organizada em lógica de rede de atenção, com todos os pontos de atenção precisando realizar comunicação e cuidado oportuno.

Apresenta-se neste item os objetivos do subcomponente, a capacidade instalada e a proposta de atenção no estado.

### **6.2.1 Subcomponente Ambulatorial Especializado:**

Este subcomponente se apresenta como um grande desafio à instituição da linha de cuidado. A inexistência de novos recursos aliado ao acesso deficitário dos usuários a exames e consultas especializadas, necessitam de organização da Programação Pactuada Integrada (PPI) e da execução da PGASS.

Diante dos desafios se recomenda:



1. **Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica**, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;
2. **Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos** adultos com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> com comorbidades, e aos indivíduos com IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;
3. **Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico** para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;
4. **Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários** com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;
5. **Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários** que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;
6. **Organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica** de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e
7. **Realizar contra-referência** em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

Como não há financiamento específico na presente linha de cuidado para os pontos de atenção básica e ambulatorial especializada, este grupo disputa os serviços médico e de diagnóstico com outras doenças/patologias.

Em Santa Catarina a quantidade definida pela Programação Pactuada e Integrada-PPI para consultas e exames é muito inferior à quantidade produzida e apresentada ao MS,. Analisando as informações relativas a assistência em saúde de média complexidade verifica-se uma enorme disparidade entre os recursos alocados pela PPI frente a produção apresentada, porém não se pode ater puramente aos números, uma vez que a produção reflete a quantidade por cada procedimento produzido, enquanto o quadro da PPI em cada grupo assistencial agrega uma diversidade de procedimentos, desta forma verificamos a insuficiência dos recursos alocados.

A esta constatação verifica-se que os municípios vêm realizando a complementação da assistência com recursos próprios através de compra direta ou via Consorcio Intermunicipal de Saúde. Para que se possa efetivar uma linha de cuidados seja na obesidade ou em outra qualquer, é preciso a parceria dos municípios e a base de prestadores instalada em seu território, sobretudo nos municípios que possuem a gestão dos pontos de atenção de média e alta complexidade.

O quadro de produção mostra que no agregado macro os territórios tem capacidade produtiva para atender e ampliar a assistência, porém é importante realizar uma análise mais específica de quais municípios contem uma melhor base instalada de prestadores para efetivarmos na rede.

A mudança do foco da responsabilidade na integralidade da assistência das unidades hospitalares, transferindo para a assistência ambulatorial especializada pode-se antever algumas dificuldades inerentes a esta:

- A dificuldade de elencar os prestadores/serviços para os atendimentos nos níveis primários e secundários
- A pulverização destes dentro do território de um município ou em vários
- A competição das diversas linhas de cuidado, que dividirão estas redes, competindo pelos mesmos exames/profissionais, frente a uma oferta pequena derivada da falta de recursos alocados pela PPI.

Diante disto, é de suma importância a apropriação do conhecimento da rede assistencial instalada em cada região de saúde, para que se possa desta forma elaborar o melhor desenho assistencial para os pacientes.

A atenção de **assistência ambulatorial especializada multiprofissional** no estado de SC está organizada de forma descentralizada, sendo que o estado não possui serviço específico que contemple os itens exigidos pela Portaria 424/2013.

Desta forma, este componente na linha de cuidado será pactuado com os municípios por meio dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF que dispõe profissionais cadastrados que atendem a necessidade da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (nutricionista, psicólogo e profissional de educação física).

A indicação deste plano consiste em que os NASF's atuem de forma complementar ao componente da atenção básica, priorizando o atendimento aos usuários com IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup> com comorbidade e acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. Os municípios que não possuem no NASF os profissionais acima citados deverão encaminhar para a rede complementar no seu município ou fora dele pela Programação Pactuada Integrada- PPI.

A atenção Básica e ou NASF ao indicar a referencia para especialista seguirá o fluxo habitual da PPI e inclusão no SISREG. Ao necessitar consulta especializada com endocrinologia será descrito o caso e encaminhado por Teleconsultoria através do Telessaúde-SC. Com o número da teleconsultoria poderá, incluir no SISREG para consulta especializada conforme PPI.

Importante ressaltar que a Secretaria de Estado da Saúde elaborou Protocolo de Acesso da Regulação Estadual Ambulatorial, referente a **Consulta em Cirurgia Bariátrica** onde formaliza a regulação do acesso e gestão clinica, bem como, os fluxos a serem seguidos no estado (Anexo 1).

## Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

- A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
- O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
- Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central Estadual de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada do seu Município.
- O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
- Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do Sisreg todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
- O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação.
- As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, conseqüentemente da prioridade do agendamento.
- As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
- O paciente, após o atendimento terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
- Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno.

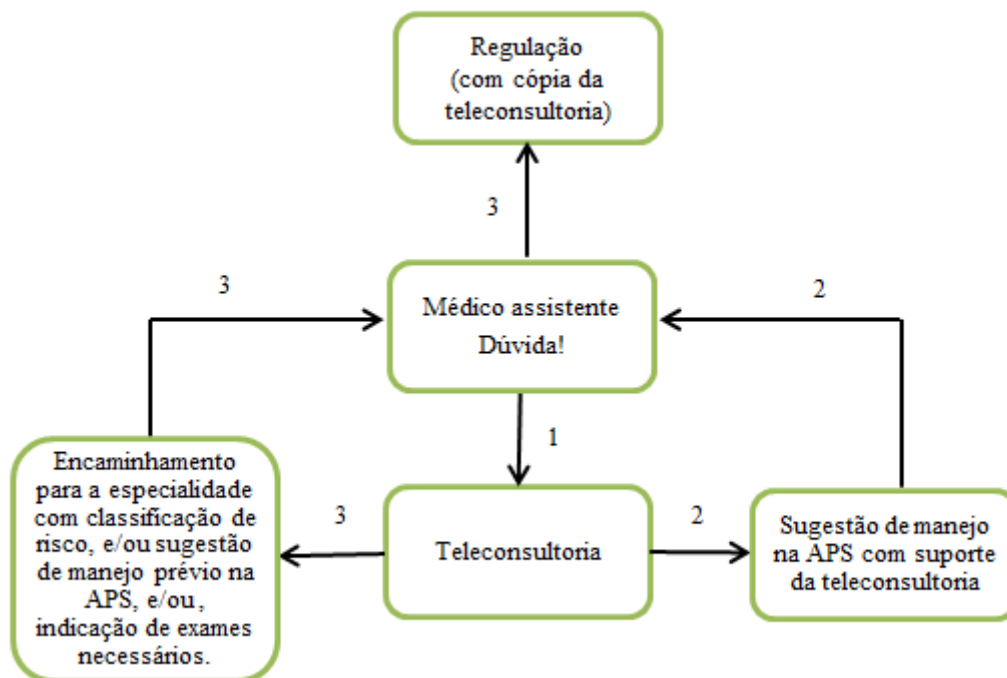
**A DELIBERAÇÃO 142/CIB/2016**, da Comissão Intergestores Bipartite, em 23 de junho de 2016. Aprovou a utilização da Teleconsultoria pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA), em que previamente ao encaminhamento ambulatorial para a especialidade, seja realizada de forma compulsória à teleconsultoria clínica.

Desta Forma os municípios deverão encaminhar conforme fluxo a solicitação de teleconsultoria quando o paciente com obesidade precisar de avaliação de endocrinologia pela regulação estadual. Os Município de Joinville e a Regional de Saúde de Jaraguá do Sul possui regulação específica para endocrinologia e Jaraguá do sul também para nutrição no qual são avaliados os critérios para inclusão no serviço especializado no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

Em relação à Regulação Estadual, quando o médico especialista considerar que o acompanhamento deve ser realizado no nível especializado, poderá já realizar a classificação de risco para a regulação do caso, de acordo com a necessidade. Após o recebimento da resposta da teleconsultoria, o médico assistente deverá continuar o fluxo de cuidado, **inserindo o caso no SISREG com número da teleconsultoria e a descrição**, para que o médico regulador possa dar o devido encaminhamento ao processo.

O médico regulador poderá, a seu critério, inserir o caso no SISREG, informando na resposta da teleconsultoria o número da solicitação do SISREG, ao invés de devolver à Unidade Básica para inserirem.

**FIGURA 14** – Fluxos da Regulação e Teleconsultoria.



Fonte: CIB, 2016.

O Estado de Santa Catarina optou a construir o Plano Estadual para o Portador de Obesidade onde descreve a linha de cuidado abordando as 16 regiões de saúde, apresenta-se a seguir a forma que cada município realizará o atendimento a este componente, para cada região de saúde e por macrorregião de saúde .

## MACRORREGIÃO SUL

### REGIÃO DE SAÚDE CARBONÍFERA

A Região de Saúde Carbonífera é composta por doze municípios dos quais 90,9% deles possuem NASF, no caso onze municípios e destes todos possuem nutricionista.

**QUADRO 11** - Número de municípios da Região de Saúde Carbonífera com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG CARBONÍFERA	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Balneário Rincão	12.018	7318901	7318847	1	1	1	1	
Cocal do Sul	16.156							
Criciúma	206.918		2419750	2	1	1	1	
Forquilha	25.129	7913125	6484751	2	1	2		
Içara	53.145	7491573	2779129	2	1	1		
Lauro Muller	14.996		7670419	1	1	2		
Morro da Fumaça	17.213		5049989		1	1	1	
Nova Veneza	14.470		7409362	1	1	1		
Orleans	22.449		2513846	1	1	1		
Siderópolis	13.686		2419513	2	1	1	1	
Treviso	3.785	7662173	2663538		1	1		
Urussanga	21.003		6030076	3	1	1	1	
<b>12 MUNICIPIOS</b>	<b>420.968</b>			<b>15</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>0</b>

Fonte: CNES/Dez/2016.

### REGIÃO DE SAÚDE LAGUNA

A Região de Saúde Laguna é composta por dezoito municípios dos quais 77,7% deles possuem NASF, no caso quatorze municípios e dez possuem nutricionista.

**QUADRO 12** - Número de municípios da Região de Saúde Laguna com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG LAGUNA	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Armazém	8.341							
Braço do Norte	31.765		2385260	2	2	3	2	
Capivari de Baixo	23.663		7211287	3	1	1		
Grão Pará	6.478		6752918	1		1		
Gravatal	11.231		2385546	1	1	1	1	
Imaruí	10.933		2630489	2		1		
Imbituba	43.168		2385902		1	1	1	
Jaguaruna	18.980		2610329	1	1	1	1	
Laguna	44.650		6969283	3	1	1	3	
Pedras Grandes	4.068		2689790		1	1		
Pescaria Brava	9.835							
Rio Fortuna	4.582		2386003		1	1	1	
Sangão	11.767		2386151	2	1	1		
Santa Rosa de Lima	2.128		2385996		1	1	1	
São Ludgero	12.441							
São Martinho	3.224							
Treze de Maio	7.067		2811510			1	1	
Tubarão	102.883		2491370	2	2	1		
<b>18 MUNICIPIOS</b>	<b>357.204</b>			<b>17</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## REGIÃO DE SAÚDE EXTREMO SUL CATARINENSE

A Região de Saúde Extremo Sul Catarinense é composta por quinze municípios dos quais 73,3% deles possuem NASF, no caso onze municípios e oito possuem nutricionista.

**QUADRO 13** - Número de municípios da Região de Saúde Extremo Sul Catarinense com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG EXTREMO SUL CATARINENSE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Araranguá	65.769	7798849	2624370	2	1	1		
Balneário Arroio do Silva	11.616							
Balneário Gaivota	9.841		2299712		1	1		
Ermo	2.078		2299747		1	1		
Jacinto Machado	10.608	7586701	2299801	1	1	1	1	
Maracajá	6.963		2299860	1	1	1		
Meleiro	7.066		3730743	1	1	1		
Morro Grande	2.921		2305577	1	1	1		
Passo de Torres	7.912							
Praia Grande	7.370		2305658	1		1		
Santa Rosa do Sul	8.309							
São João do Sul	7.226	7709951	NASF SC	1		1		
Sombrio	28.966		7328826	1		1		
Timbé do Sul	5.382							
Turvo	12.551		2299666		1	1	1	
<b>15 MUNICIPIOS</b>	<b>194.578</b>			<b>9</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## MACRORREGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

### REGIÃO DE SAÚDE GRANDE FLORIANÓPOLIS

A Região de Saúde Grande Florianópolis é composta por vinte e dois municípios dos quais 90,9% deles possuem NASF, no caso vinte e um municípios e destes nove possuem nutricionista.

**QUADRO 14** - Número de municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG GRANDE FLORIANÓPOLIS	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Águas Mornas	6.113		2609681	1		1		
Alfredo Wagner	9.850		2418592	1		1		
Angelina	5.053		2550857	1		1		
Anitápolis	3.253		2689537	1		2		
Antônio Carlos	8.118		2689189			1		
Biguaçu	64.488		7216173	2	3	3	1	
Canelinha	11.617		7093365	1		1		
Florianópolis	469.690			13	15	13	11	
Garopaba	21.061		6425917	1	2	2	1	
Governador Celso Ramos	13.944		2418878			1		
Leoberto Leal	3.218		2693267	1		1		
Major Gercino	3.402		7628436	1	1	1		
Nova Trento	13.621		7409311	1	1	1	1	
Palhoça	157.833		2418320/24 18347/2418 401		3	6	3	
Paulo Lopes	7.203		2418975			1		
Rancho Queimado	2.849		2550822	1		1		
Santo Amaro da Imperatriz	21.920		2418185		1	1		
São Bonifácio	2.944		2622734		1	1	1	
São João Batista	32.720		2418916	1	1	1		
São José	232.309		2663791/26 63821/7352 526/782953 1	3	3	4	5	1
São Pedro de Alcântara	5.373					1		
Tijucas	35.402		2622866	2	1	1	1	
<b>22 MUNICÍPIOS</b>	<b>1.131.981</b>			<b>31</b>	<b>32</b>	<b>46</b>	<b>24</b>	<b>1</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## MACRORRERIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

### REGIÃO DE SAÚDE FOZ DO RIO ITAJAÍ

A Região de Saúde Foz do Rio Itajaí é composta por onze municípios dos quais 90,9% deles possuem NASF, no caso dez municípios e destes todos possuem nutricionista.



**QUADRO 15-** Número de municípios da Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

<b>REG FOZ DO ITAJAÍ</b>	<b>TCU 2015</b>	<b>ACAD CNES</b>	<b>SCNES NASF</b>	<b>FISIO</b>	<b>NUTRI</b>	<b>PSIC</b>	<b>ED. FIS</b>	<b>T.O</b>
Balneário Camboriú	128.155							
Balneário Piçarras	20.617	7637233 / 7503482	5343448	3	3	4	1	
Bombinhas	17.477		2689987	3	1	2		
Camboriú	74.434	7688741	2305531	1	1	2		
Ilhota	13.493		2303302	2	1	2		
Itajaí	205.271	6882021	2513994/2514141	2	3	4		1
Itapema	57.089		5680352	4	2	3	3	
Luiz Alves	11.908	7517297	2702398	1	1	1		
Navegantes	72.772		6443125	3	3	3		1
Penha	29.493	7417394	2693240	1		2		
Porto Belo	19.189		7623496	1	1	2		
<b>11 MUNICIPIOS</b>	<b>649.898</b>			<b>21</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## **MACRORREGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ**

### **REGIÃO DE SAÚDE ALTO VALE DO ITAJAÍ**

A Região de Saúde Alto Vale do Itajaí é composta por vinte e oito municípios dos quais 26 (92,8% )deles possuem NASF, no caso vinte e um municípios e quinze possuem nutricionista.

**QUADRO 16** - Número de municípios da Região de Saúde Alto Vale do Itajaí com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG ALTO VALE DO ITAJAÍ	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Agrolândia	10.272		7578709	1		1		
Agronômica	5.306		2377497		1	1		
Atalanta	3.282		2377551			1		
Aurora	5.674		2377128	1				
Braço do Trombudo	3.654		2377241			1		
Chapadão do Lageado	2.912		2378094		1	1		
Dona Emma	3.997		7225679	1		1		
Ibirama	18.412		7325304	1		2		
Imbuia	6.040		2588889	1	1	1		
Ituporanga	24.061							
José Boiteux	4.862		7363427	1	1			
Laurentino	6.598		7374747		1	1		
Lontras	11.393		2377519	1	1	1		
Mirim Doce	2.424		7498500	1		1		
Petrolândia	6.080		7374143	1		1		
Pouso Redondo	16.424		7369166	1	1	1		
Presidente Getúlio	16.474		7375506	1		1	1	
Presidente Nereu	2.309		7418418	1	1	1		
Rio do Campo	6.113	7710178	2378086	1	1		1	
Rio do Oeste	7.392		2377047		1	1	1	
Rio do Sul	67.237	7495463	5982235/7572530	2	3	2	2	1
Salete	7.594		7378734	1	1	1		
Santa Terezinha	8.864							
Taió	18.060		7371535	1	1	1		
Trombudo Central	7.057		7933800	1		1		
Vidal Ramos	6.366		2377179	2	1	1	1	
Vitor Meireles	5.123	7492847	7365802	1	1	1		
Witmarsum	3.841		7320019			1		6
<b>28 MUNICIPIOS</b>	<b>287.821</b>			<b>21</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## REGIÃO DE SAÚDE MÉDIO VALE DO ITAJAÍ

A Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí é composta por quatorze municípios dos quais 78,5% deles possuem NASF (11 municípios). Destes dez possuem nutricionista no NASF.

**QUADRO 17-** Número de municípios da Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016

<b>REG MÉDIO VALE DO ITAJAÍ</b>	<b>TCU 2015</b>	<b>ACAD CNES</b>	<b>SCNES NASF</b>	<b>FISIO</b>	<b>NUTRI</b>	<b>PSIC</b>	<b>ED. FIS</b>	<b>T.O</b>
Apiúna	10.322		7352441	1	1	1		
Ascurra	7.781							
Benedito Novo	11.168		7395914		1	1		
Blumenau	338.876							
Botuverá	4.943		7361408	1		1		
Brusque	122.775	7496974	9626126	2	1	3	1	
Doutor Pedrinho	3.937		2660873	1	1	1		
Gaspar	65.024		6651216	1	2	1	1	1
Guabiruba	21.612		7409281		1	1	1	
Indaial	63.489		7351240	1	1	1	1	1
Pomerode	31.181		3834905		1	2	1	1
Rio dos Cedros	11.157							
Rodeio	11.380		2513064	1	1	1	1	
Timbó	41.283		2513455/2513498/2513471	3	2	2	2	
<b>14 MUNICIPIOS</b>	<b>744.928</b>			<b>11</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>3</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## **MACRORREGIÃO DA SERRA CATARINENSE**

### **REGIÃO DE SAÚDE DA SERRA CATARINENSE**

A Região de Saúde da Serra Catarinense é composta por vinte e dois municípios dos quais 90,0% deles possuem NASF, no caso onze municípios não possui nutricionista.

**QUADRO 18** - Número de municípios da Região de Saúde da Serra Catarinense com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG SERRA CATARINENSE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Anita Garibaldi	7.881		2300397	1		1	1	
Bocaina do Sul	3.424							
Bom Jardim da Serra	4.631							
Bom Retiro	9.598							
Campo Belo do Sul	7.297	7966741	6655300	1		1	1	
Capão Alto	2.654		NASF SC	1				
Cerro Negro	3.362							
Correia Pinto	13.826							
Lages	158.732	2661470	2566826/2 566867/26 61497/266 1535	2	3	8	4	
Otacílio Costa	17.835		2300737	4		3	1	
Painel	2.381							
Palmeira	2.537							
Ponte Alta	4.825							
Rio Rufino	2.485	2300443	2300443	1		1		
São Joaquim	26.247							
São José do Cerrito	8.823		2300990	1		2		
Urubici	11.102		6066577	1	1	1		
Urupema	2.497		2300362		1	1	1	
<b>18 MUNICIPIOS</b>	<b>290.137</b>			<b>12</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE

### REGIÃO DE SAÚDE ALTO URUGUAI CATARINENSE

A Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense é composta por treze municípios dos quais 84,6% deles possuem NASF, no caso dez municípios possui nutricionista.

**QUADRO 19** - Número de municípios da Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG ALTO URUGUAI CATARINENSE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Alto Bela Vista	1.987	7733542	2436515	1	1	1		
Arabutã	4.276							
Concórdia	72.642		7461763	1	1	1	1	
Ipira	4.637	7378327	2689405	1	1	1		
Ipumirim	7.499		2557959	1	1	1		
Irani	10.118		2557991	1	1	1	1	
Itá	6.347		2690357				1	
Lindóia do Sul	4.644							
Perituba	2.906		7267162		1	1		
Piratuba	4.316		2702096	1	1	1		
Presidente Castello Branco	1.650	7549954	2666022	1	1	1		
Seara	17.439		2649152	2	1	1		
Xavantina	4.067		2666065	1		1		
<b>13 MUNICIPIOS</b>	<b>142.258</b>			<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## REGIÃO DE SAÚDE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE

A Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe é composta por vinte municípios dos quais 70% deles possuem NASF, no caso quatorze municípios e sete possuem nutricionista.

**QUADRO 20** - Número de municípios da Região de Saúde Alto vale do Rio do peixe com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG ALTO VALE DO RIO DO PEIXE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Arroio Trinta	3.563		2302640	3		1		
Caçador	75.812	7954972						
Calmon	3.398		2302594	1	1	1		
Curitibanos	39.231							
Fraiburgo	35.942	7493401	2302373	1		2	1	
Frei Rogério	2.249		2689545			1		
Ibiam	1.970							
Iomerê	2.880							
Lebon Régis	12.105							
Macieira	1.815	7281951	2302705	1	1	1		
Matos Costa	2.690		2490803			1		
Pinheiro Preto	3.396		2302659	2	1	1		
Ponte Alta do Norte	3.397		7954719		1	1	1	
Rio das Antas	6.246		2302985	1	1	1		
Salto Veloso	4.576		2307667	1			1	
Santa Cecília	16.510	7477791	7481926	2		2	1	
São Cristovão do Sul	5.360							
Tangará	8.757		2380137	1	1	1	1	
Timbó Grande	7.632		3824950	1		1		
Videira	50.926		3855465	1	1	1	1	
<b>20 MUNICÍPIO</b>	<b>288.455</b>			<b>15</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## REGIÃO DE SAÚDE MEIO OESTE

A Região de Saúde Meio Oeste é composta por vinte municípios dos quais 80% deles possuem NASF, no caso dezesseis municípios e três possui nutricionista.

**QUADRO 21** - Número de municípios da Região de Saúde Meio Oeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG DE SAUDE DO MEIO OESTE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Abdon Batista	2.630	7745729	2380218	1		1		
Água Doce	7.132							
Brunópolis	2.639	7593880	2380366	1		1	1	
Campos Novos	35.054							
Capinzal	22.129							
Catanduvas	10.374		2380005	1		1		
Celso Ramos	2.776	7420315	2689812	1		1		
Erval Velho	4.464		2300168	1		1		
Herval d'Oeste	22.204	7738005	2379805	1		1		
Ibicaré	3.313		2379961					
Jaborá	4.023		2660628	1	1	1	1	
Joaçaba	29.008		3083632	1		1	1	
Lacerdópolis	2.246		2379988	1		1		
Luzerna	5.701		2300192			1	1	
Monte Carlo	9.695	7791879	3724182	2		1		
Ouro	7.399							
Treze Tílias	7.237		2689588			1		
Vargem	2.630		2689596	1	1	1	1	
Vargem Bonita	4.674		2379848	1	1	1		
Zortéa	3.227	7735316	2597136	1		1		
<b>20 MUNICIPIOS</b>	<b>188.555</b>			<b>14</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## MACRORREGIÃO DO GRANDE OESTE

### REGIÃO DE SAÚDE XANXERÊ

A Região de Saúde Xanxerê é composta por vinte e um municípios, onde 19 (90,4%) possuem NASF, destes onze possuem nutricionista.

**QUADRO 22** - Número de municípios da Região de Saúde Xanxerê com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG XANXERÊ	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Abelardo Luz	17.717		2410788	2		1		
Bom Jesus	2.821		2410761	1		1	1	
Campo Erê	8.993		2554887	1	1	1		
Coronel Martins	2.534	7372892	2410753	1	1	1		
Entre Rios	3.151		2589927	1	1	1		
Faxinal dos Guedes	10.771		2651742	1	1	1		
Galvão	3.217		2410893	1	1	1		
Ipuaçu	7.262							
Jupia	2.142	6875769	2641526	2	1	1		
Lajeado Grande	1.470	7682654	2410974	2		1		
Marema	1.999		2410982	1	1		1	
Novo Horizonte	2.606		2538555	1	1	1		
Ouro Verde	2.263		2410990	1		1	1	
Passos Maia	4.314		2411040		1	1		
Ponte Serrada	11.452		2411156	1		1		
São Bernardino	2.545		2538296	1		1		
São Domingos	9.516	7613326	2663376	1		1		
São Lourenço do Oeste	23.245		2553112	1		1		
Vargeão	3.590		2411261		1	1		
Xanxerê	48.370							
Xaxim	27.630		2411423	1	1	1	1	1
<b>21 MUNICIPIOS</b>	<b>197.608</b>			<b>20</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## REGIÃO DE SAÚDE OESTE

A Região de Saúde Oeste é composta por vinte e sete municípios dos quais 96,2% possuem NASF e 23 possuem nutricionista.

**QUADRO 23** - Número de municípios da Região de Saúde Oeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.



REG OESTE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Águas de Chapecó	6.379	7753659	2537966		1	1	1	
Águas Frias	2.408		2538261	2		1		
Arvoredo	2.271		2436590	2		1		
Caibi	6.243		2538091	1	1	1		
Caxambu do Sul	4.028	7747330	2537974	1		1		
Chapecó	205.795		2537951	2	5	5	5	
Cordilheira Alta	4.184		2553198	2	1	1		
Coronel Freitas	10.201							
Cunha Porã	10.982		2624745		1	1	1	
Cunhataí	1.943		2553287	1	1			
Formosa do Sul	2.576		2693275	1		1		
Guatambú	4.739		2553252		1	1		
Irati	2.025		2538326	1		1		
Jardinópolis	1.672	7460104	2537915	1		1		
Nova Erechim	4.729	7855087	2538121	1	1	1		
Nova Itaberaba	4.339		2537907	1		1		
Paial	1.637		2555492		1	1	1	
Palmitos	16.262		2538059	1	2	1		
Pinhalzinho	18.696		2537818	1	1	2	1	
Planalto Alegre	2.803		2553171	1	1	1		
Quilombo	10.149	7731604	2538334	1	1		2	
Riqueza	4.740		2378752		1	1		
Santiago do Sul	1.365	732210	2537931	1	1	1		
São Carlos	10.944		2626578				1	
Serra Alta	3.312		2626489	1	1	1		
Sul Brasil	2.624		2537893	1	1	1		
União do Oeste	2.700		2538318	1	1	1		
<b>27 MUNICIPIOS</b>	<b>349.746</b>			<b>24</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## REGIÃO DE SAÚDE EXTREMO OESTE

A Região de Saúde Extremo Oeste é composta por trinta municípios dos quais 90% deles possuem NASF, no caso vinte e sete municípios e destes, dezenove possuem nutricionista.

**QUADRO 24** - Número de municípios da Região de Saúde Extremo Oeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG DO EXTREMO OESTE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Anchieta	5.987		2378779	1	1	1	1	
Bandeirante	2.808		2378442	1	1	1		
Barra Bonita	1.790							
Belmonte	2.700		2378655	1		1		
Bom Jesus do Oeste	2.156		2538601	1	1	1		
Descanso	8.505							
Dionísio Cerqueira	15.339	7506422	2378604	1	1	1		
Flor do Sertão	1.600	7597894	2378299	1	1	1	1	
Guaraciaba	10.374		7036477	1	1	1		
Guarujá do Sul	5.097		2378736	1	1	1		
Iporã do Oeste	8.823		2378469	1	1	1		
Iraceminha	4.139		2553228	1		1		
Itapiranga	16.398		7212135	1		1		
Maravilha	24.345		2538202	1	1	1		
Modelo	4.169		2553074	1		1		
Mondaí	11.189		2378787		1	2		
Palma Sola	7.652	7532474	2378744	2	1	1		
Paraíso	3.763		2378647	1				
Princesa	2.877	7851359	2378450	1		1	1	
Romelândia	5.220	7802749	2378761	1	1	1		
Saltinho	3.897		2553031	1	1	1		
Santa Helena	2.309		2378663	1	1	1		
Santa Terezinha do Progresso	2.666		2589028	1	1	1		
São João do Oeste	6.260		2378639	1	1	1		
São José do Cedro	13.901							
São Miguel da Boa Vista	1.872		2625326	1		1	1	
São Miguel do Oeste	38.984		2553249	2	1	1	2	
Saudades	9.524		2540304			1		
Tigrinhos	1.720	7751222	2538164	1	1			
Tunápolis	4.628		2378825	1	1	1		
<b>30 MUNICIPIOS</b>	<b>230.692</b>			<b>27</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

## MACRORREGIÃO DO NORDESTE

### REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE

A Região de Saúde Nordeste é composta por treze municípios dos quais 76,9% deles possuem NASF, no caso dez municípios e os nove possuem nutricionista.

**QUADRO 25** - Número de municípios da Região de Saúde Nordeste com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG NORDESTE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Araquari	32.454							
Balneário Barra do Sul	9.828							
Barra Velha	26.374		4057627	1	1	1		1
Corupá	15.132		2662922	1	1	2		
Garuva	16.786		7323654			2		1
Guaramirim	40.878		6010164		1	1		1
Itapoá	18.137		7401337	4	1	2	1	
Jaraguá do Sul	163.735	7794193 7794207						
Joinville	562.151		2511290		1	2	1	1
Massaranduba	16.024		2663244	1	1	2		
São Francisco do Sul	48.606		7411928		1	1	1	1
São João do Itaperiú	3.634		2543087	1	1	1		
Schroeder	18.827		7215517	1	1	1	1	
<b>13 MUNICIPIOS</b>	<b>972.566</b>			<b>9</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Fonte: CNES/Dez/2016.

## MACROREGIÃO DO PLANALTO NORTE

### REGIÃO DE SAÚDE PLANALTO NORTE

A Região de Saúde Planalto Norte é composta por treze municípios dos quais 61,5% deles possuem NASF, no caso oito municípios e destes oito possuem nutricionista.

**QUADRO 26** - Número de municípios da Região de Saúde Planalto Norte com NASF e com encaminhamento por SISREG para atendimento da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, 2016.

REG PLANALTO NORTE	TCU 2015	ACAD CNES	SCNES NASF	FISIO	NUTRI	PSIC	ED. FIS	T.O
Bela Vista do Toldo	6.248	7282281	2490811	2	1	1		
Campo Alegre	11.992							
Canoinhas	54.188							
Irineópolis	10.989							
Itaiópolis	21.263	7366566	2663392	1	1	1	2	
Mafra	55.313		6906575	1	1	2	1	
Major Vieira	7.899		2543060	1		1		
Monte Castelo	8.475		4061632	2	1		1	
Papanduva	18.793		6395511	2	1	2		1
Porto União	34.882		7083114	2	1	1	1	
Rio Negrinho	41.602		2510987	1	1	1		
São Bento do Sul	80.936							
Três Barras	18.945	7550472	2990943	2	1			
<b>13 MUNICIPIOS</b>	<b>371.525</b>			<b>14</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

Fonte:CNES/Dez/2016.

Apresentamos neste subcomponente a oferta de profissionais e serviços passíveis de serem acessados pelos pontos de atenção da Atenção Básica e Ambulatorial Especializada, fornecida pelos NASF's, Academias de Saúde, policlínicas municipais referenciados na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Ficará estabelecido em deliberação específica e Termo de Compromisso de Acesso, a forma de encaminhamento para o subcomponente hospitalar, bem como definição dos critérios de avaliação clínica e exames que deverão ser realizados por cada subcomponente.

### 6.2.2. Subcomponente Hospitalar:

Em 1999 foi instituída no SUS a cirurgia bariátrica com habilitação isolada de unidades hospitalares para realizarem este procedimento.

A partir de 2000 se estabeleceu critérios, indicações, contra-indicações e protocolos para realização deste procedimento.

O Estado de Santa Catarina possui desde 2007 cinco Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Sobrepeso e Obesidade.

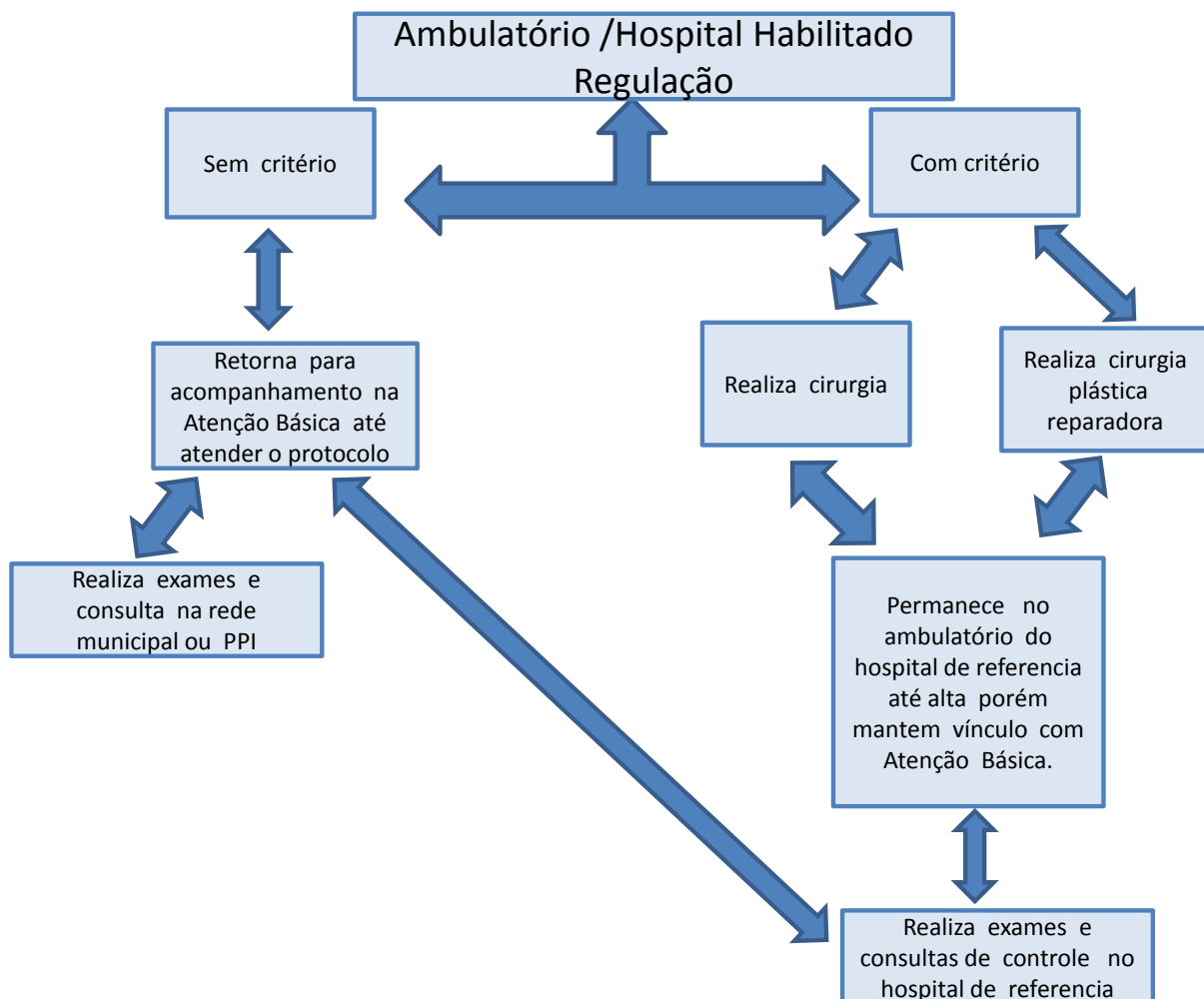
Em função da Portaria N<sup>o</sup> 252 de 19/02/2013 da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas estas unidades para permanecerem habilitadas deverão estar contidas na atual linha de cuidado.

Cada unidade hospitalar habilitada manterá ambulatório especializado para avaliação do usuário encaminhado pela AB e/ou componente ambulatorial especializado. Caso haja indicação cirúrgica o usuário passa a ficar vinculado ao estabelecimento hospitalar de referencia.

Os estabelecimentos habilitados para a realização da cirurgia bariátrica, precisarão manter produção mínima mensal de 8 cirurgias. Este critério será incluído no Termo de Compromisso de acesso de cada estabelecimento.

A seguir apresenta-se fluxograma para atenção ao portador de sobrepeso e obesidade, neste componente.

**FIGURA 15** – Fluxo de encaminhamento para cirurgia e pós-cirurgia conforme Portaria nº 424, de 19/3/2013.



A Figura 15 demonstra como deve ser o atendimento de continuidade após a realização da Cirurgia, cada serviço deve manter o paciente no ambulatório do hospital de referencia, mantendo todos os controles necessários, consultas e exames e durante todo este

período o prestador deve fazer a contra referência na atenção básica para que o paciente mantenha vínculo com a equipe da atenção básica preparando para a alta.

O paciente já deve participar de atividades de grupo de apoio e atividade físicos muitas vezes vinculados a ESF e NASF.

O paciente depois de atingir o peso deverá retornar para fazer cirurgias reparadoras, mas sempre sob a coordenação da atenção básica. O preparo de cirurgia devera ser vinculado ao ambulatório da unidade hospitalar habilitado.

Estes serviços atualmente habilitados estão localizados nas Macrorregiões da Grande Florianópolis, Serra Catarinense, Nordeste e Médio Vale do Itajaí.

Destes serviços, somente o Hospital e Maternidade Tereza Ramos, de Lages está habilitado de acordo com a Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007 e deverá se adequar às normas de habilitação vigente da Portaria 425/GM/MS, de acordo com o estabelecido no Artigo 5º, parágrafo 2º até 19 de março de 2014. As demais unidades devem encaminhar uma nova solicitação de habilitação.

**QUADRO 27-** Hospitais que possuem habilitação em Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Sobrepeso e Obesidade em Santa Catarina, 2012.

Macrorregião	Município	Hospital
Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Universitário Dr. Polidoro Ernani de São Thiago**
	São José	Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes (HRHMG) **
Serra Catarinense	Lages	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos*
Nordeste	Joinville	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt**
Vale do Itajaí	Blumenau	Hospital Santo Antônio**

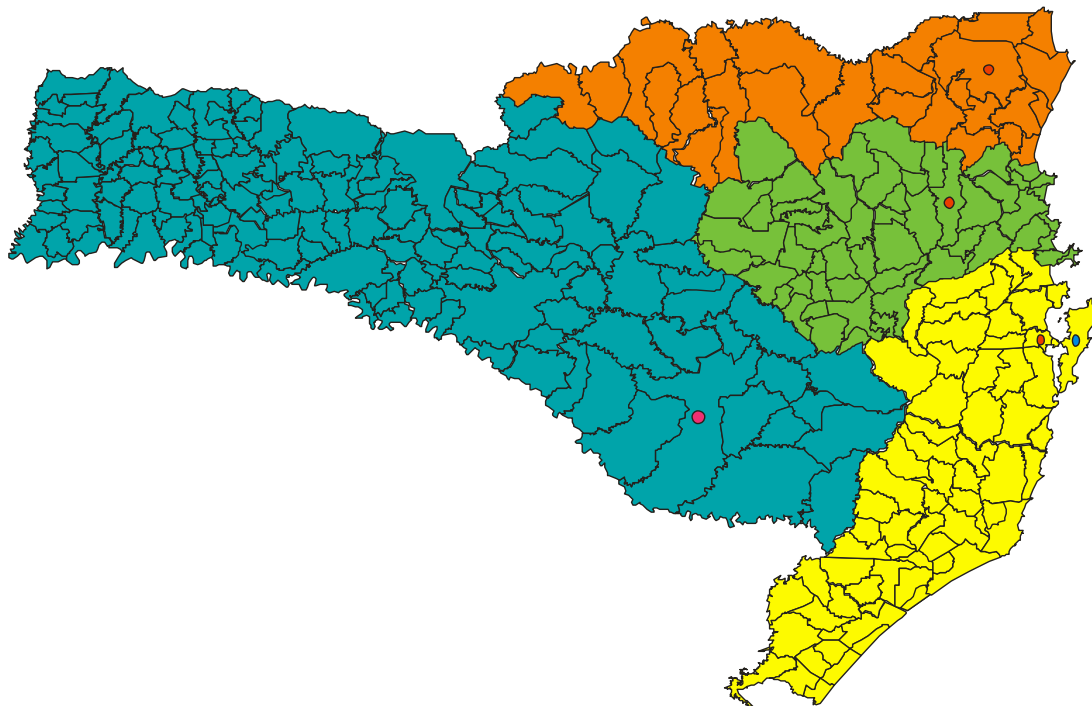
**Fonte:** GEPSA/2012.

\* Portaria / SAS nº 492/2007

\* Portaria / SAS nº 424 e 425/19/03/2013 – devem solicitar nova habilitação.

Ao observarmos o mapa do estado, podemos verificar a localização geográfica destes pontos de atenção de alta complexidade.

**FIGURA 16** – Localização geográfica dos pontos de atenção de alta complexidade em cirurgia bariátrica em Santa Catarina, 2016.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

Atualmente os serviços estão implantados nos municípios de Florianópolis, São José, Lages, Joinville e Blumenau. Devido ao número pequeno de hospitais habilitados, cada unidade fica responsável por no mínimo duas Macrorregional, levando a haver lista de espera nestas unidades, pois o número de cirurgia ofertado e a poluição adstrita é muito grande, há necessidade de ampliação do número de prestadores.

**QUADRO 28** Correlação entre Macrorregião, Região de Saúde, número de municípios e população adscrita por prestador de serviço em Alta Complexidade, 2016.

Na vistoria realizada, pela Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação/GEAUD, os demais hospitais possuem pendências diversas referentes ao Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007 e todas as unidades deverão se adequar às normas de habilitação vigente da Portaria 425/GM/MS.

UNIDADE	REGIÃO	MUN	POP	MACRO
<b>Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos</b> Munic.142 / Pop. 1.618.797	Região Saúde de Xanxerê	21	197.608	<b>GRANDE OESTE</b> Munic.76 / Pop. 774.138
	Região de Saúde do Extremo oeste	30	230.692	
	Região de Saúde do oeste	25	345.838	
	Região de Saúde do Alto uruguai Catarinense	15	146.436	<b>MEIO OESTE</b> Munic.55 / Pop. 623.446
	Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe	20	288.455	
	Região de Saúde do meio Oeste	20	188.555	
Região de Saúde da Serra Catarinense	18	290.137	<b>SERRA CATARINENSE</b> Munic.18 / Pop. 290.137	
<b>Hospital Santo Antônio</b> Munic.39 / Pop. 937.719	Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí	14	744.928	<b>VALE DO ITAJAÍ</b> Munic.42 / Pop. 1.032.749
	Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí	28	287.821	
	Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí	11	649.898	<b>FOZ DO ITAJAÍ</b> Munic.11 / Pop. 649.898
<b>Hospital Regional Hans Dieter Schmid</b> Munic.26 / Pop. 1.344.091	Região de Saúde do Nordeste	13	972.566	<b>NORDESTE</b> Munic.13 / Pop. 972.566
	Região de Saúde do Planalto Norte	13	371.525	<b>PLANALTO NORTE</b> Munic.13 / Pop. 371.525
<b>Hospital Universitário</b> Munic.22 / Pop. 1.131.981	Região de Saúde da Grande Florianópolis	22	1.131.981	<b>GRANDE FLORIANÓPOLIS</b> Munic.22 / Pop. 1.131.981
<b>Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes</b> Munic.45 / Pop. 972.750	Região de Saúde Carbonífera	12	420.968	<b>SUL</b> Munic. 45 / Pop. 972.750
	Região de Saúde de Laguna	18	357.204	
	Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense	15	194.578	
		<b>295</b>	<b>6.819.190</b>	

Fonte: Elaborado pela Gerencia de Controle e Avaliação, 2016.

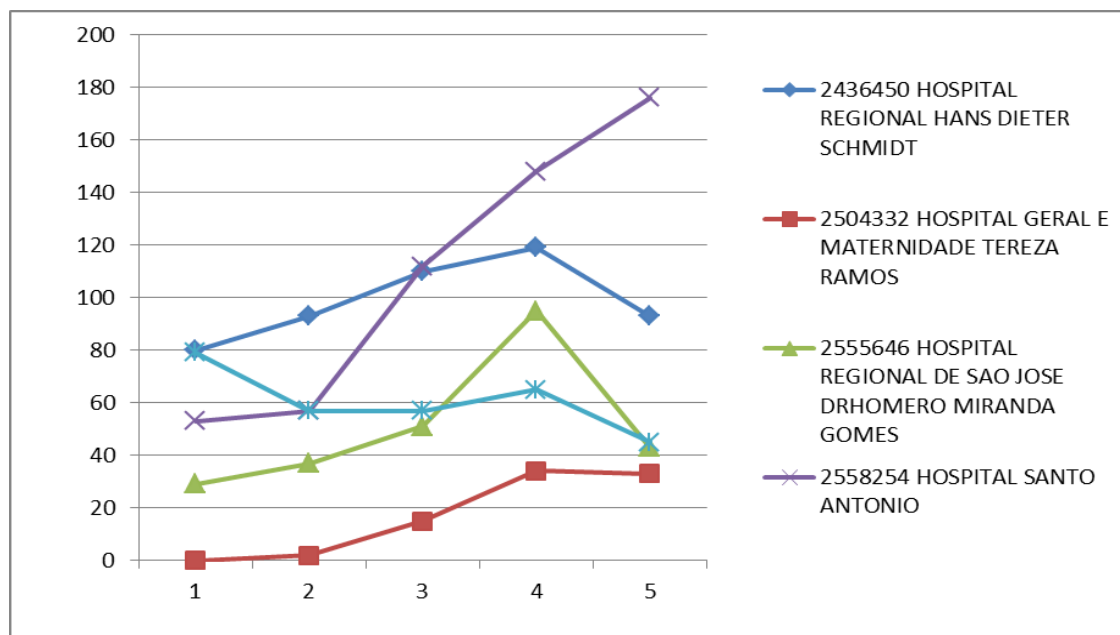
**Quadro 29** Série Histórica da produção por unidade habilitada de cirurgia Bariátrica em Santa Catarina, período 2012 a 2016

Hospital SC (CNES)	2012	2013	2014	2015	2016
2436450 HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	80	93	110	119	93
2504332 HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	0	2	15	34	33
2555646 HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOMES	29	37	51	95	43
2558254 HOSPITAL SANTO ANTONIO	53	57	112	148	176
3157245 HOSPITAL UNIVERSITARIO	79	57	57	65	45
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>246</b>	<b>345</b>	<b>461</b>	<b>390</b>

Fonte: SIH/GECO/SSES



**FIGURA 17** – Série Histórica da produção por unidade habilitada de cirurgia Bariátrica em Santa Catarina, período 2012 a 2016



Fonte: SIH/GECOA/SES

No Quadro 13 apresenta-se os hospitais que apresentam possibilidades de compor na linha de cuidado. Identificou-se hospitais que possuem tomógrafo e leito de UTI, bem como as unidades que não possuem muitas referências em alta complexidade pois o número de leitos de UTI é um impeditivo para a realização de cirurgias.

Além disso a unidade precisa analisar a sua capacidade técnica para assumir esta habilitação (equipe técnica e capacidade de investimento para adequar-se as exigências a portaria para futura habilitação).

Vazio assistencial priorizar a habilitação de novas unidades nas Macrorregiões que não possuem nenhum serviço habilitado.

Desta forma destaca-se neste quadro unidade demonstram interesse na habilitação como Hospital de Mafra São Vicente de Paula, de Videira Hospital Salvatoriano Divino Salvador e pela unidades da SES o Hospital de Ibirama Waldomiro Colautti, e que possuem contrato por meio de organização social o Hospital Regional de Araranguá e em São Miguel do Oeste Hospital Regional Terezinha Gaio Basso Desta forma o estado comporia uma referência em cada macrorregião do estado.

Os critérios estabelecidos de inclusão foi: capacidade Instalada já possui na estrutura tomógrafo e serviço de terapia Intensiva

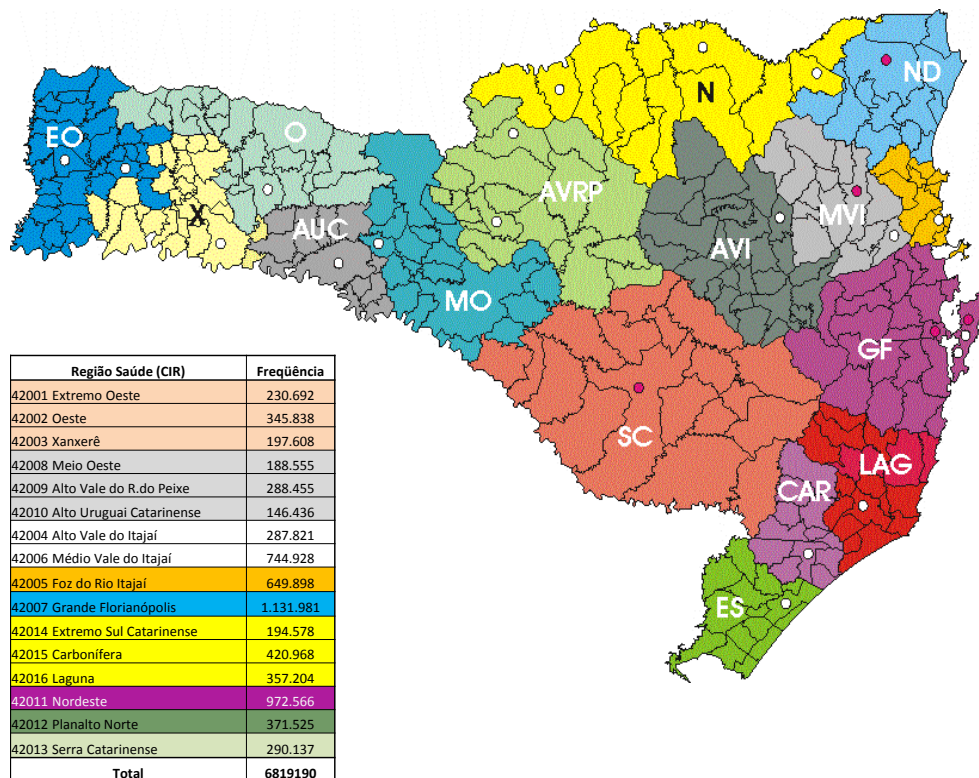
**QUADRO 30** - Hospitais que possuem possibilidade de compor a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade em Santa Catarina, 2017.

MACRO	REG 16	MUNICIPIO	HOSPITAL	CNES	TC	LEITOS		TX OCUP GERAL com uti %	Alta Complexidade					
						OUTROS / SUS	ADUL / SUS		PED / SUS	CARDIO	NEURO	ORTOP	ONCO	GASTRO
GF	GF	Fpolis	Caridade	0019402	1	91	10	0	52,7	x			x	
MO	AVRP	caçador	Maice	2301830	1	73	10	0	52,5		x	x	x	
MO	AVRP	videira	Divino Salvador	2302500	1	57	8	0	64,9					
MO	AUC	Concordia	São Francisco	2303892	1	115	8	12	58,0		x	x	x	
PN	PN	Mafra	São VICENTE DE Paulo	2379333	1	47	10	0	51,2			x	x	
GO	X	Xanxere	Paulo Assec	2411393	1	120	10	10	51,2	x			x	
NORD	NORD	Joinville	Hans Dieter	2436450	0	258	21	0	78,5	x			x	x
PN	PN	canoinhas	Santa Cruz	2491249	1	58	10	0	51,1					
SUL	LAG	tubarão	Nsra da Conceição	2491710	1	250	20	17	74,1	x	x	x	x	
SC	SC	Lages	Tereza ramos	2504332	1	167	10	6	80,5	x			x	x
PN	PN	são bento	Sagrada Familia	2521792	0	47	10	0	67,6				x	
VI	MVI	Brusque	Azambuja	2522411	1	127	6	0	56,6	x				
GO	O	Chapeco	Lenoir Vargas	2537788	1	205	16	12	77,8		x	x	x	
GO	EO	Maravilha	Hosp Maravilha	2538180	1	75	10	0	32,9					
GF	GF	São Jose	HRHMG	2555646	1	291	18	10	81,4	x		x	x	x
VI	MVI	Blumenau	Santo Antonio	2558254	1	170	10	20	68,7	x		x	x	x
MO	MO	Joaçaba	Santa Terezinha	2560771	1	97	10	0	72,7		x		x	
SUL	ESC	Ararangua	dep afonso guizzo	2691515	1	117	10	0	55,9				x	
GF	GF	Fpolis	HGCR	2691841	1	170	14	0	71,4	x	x	x	x	
VI	AVI	Ibirama	Waldomiro Collautti	2691884	1	82	0	0	34,5					
SUL	CARB	criçuma	Hospital São Jose	2758164	1	227	18	0	86,9	x	x	x	x	
GF	GF	Fpolis	HU	3157245	1	195	14	8	63,8	x			x	x
GO	EO	SMO	Terezinha Gaio Basso	6683134	1	82	10	0	66,1				x	
FOZ	FOZ	Balneário camb	Ruth cardoso	6854729	1	90	10	6	86,0					
TOTAL					22	3211	273	101	68,7					

Legenda: Em destaque os já a habilitados ocupação de ocupação

**FIGURA 18** Localização geográfica dos pontos de expansão e de atenção de alta complexidade em cirurgia bariátrica em Santa Catarina, 2016.

Os pontos vermelho no mapa indicam os serviços já habilitados e os pontos brancos as unidades passíveis de expansão / habilitação.



### 6.2.3. Subcomponente Urgência e Emergência:

A responsabilidade deste componente consiste em prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Neste subcomponente o estado conta com os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.

## 6.3. COMPONENTES SISTEMAS DE APOIO E SISTEMAS LOGÍSTICOS

### 6.3.1 Componentes de Sistema de Apoio

a) Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade;

b) Prestar assistência farmacêutica ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade.

### 6.3.2 Componente Sistemas Logísticos:

a) Realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

O Transporte Sanitário Público, ou Transporte Secundário de Pacientes deverá ser feito meio de ambulâncias de pequeno porte, classificadas como ambulâncias do tipo A ou por veículos como vans para pacientes estáveis (sem risco) para questões sociais ou transporte para exame, consulta e alta hospitalar etc. Além disso, no caso em questão o veículo deve possibilitar a permanência da oxigenioterapia durante viagem, com ou sem a presença de equipe enfermagem ou médica conforme a avaliação do caso.

Se o paciente em questão tivesse uma indicação de internação ou um problema que pode-se agravar no caminho, deve ser regulado pelo SAMU, ou seja, o médico solicita o transporte; aí se o SAMU negar por não ter risco e não ser um paciente de transferência inter-hospitalar ou inter-unidades, isso deve ser encaminhado por escrito à Secretaria de Estado, pois é um risco fazer este tipo de transporte sem um encaminhamento registrado.

A Política Nacional de Atenção Básica aponta que, entre as atribuições, há possibilidade de os profissionais das equipes de Saúde da Família dedicarem até oito horas do total de sua carga horária (40h semanais) para prestação de serviços na rede de urgência do município, mas não há menção específica ao transporte de pacientes.

Caso haja necessidade de transporte fora do estado ou do município este pode utilizar o transporte fora do domicílio (TFD) conforme regulamenta a Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 que normatiza a rotina do TFD no Sistema Único de Saúde (SUS).

**b) Regulação** - A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade deve ser regulada, visando à garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

Caberá aos Municípios garantirem o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a Programação Pactuada Integrada, integrando-se aos fluxos estabelecidos, onde a regulação municipal deverá abranger o gerenciamento da fila de espera própria e a regulação médica, de acordo com a **Portaria SES nº 313 de 28/04/2015**, que atribui ao médico regulador à competência de Autoridade Sanitária.

Neste caso, o profissional de saúde regulador será a autoridade sanitária responsável para garantir o acesso, baseado em protocolos clínicos e de acesso, classificação de risco e demais critérios de priorização.

O Sistema Nacional de Regulação - SISREG foi eleito pelo Estado de Santa Catarina como o sistema oficial de regulação, entretanto, caso o sistema informatizado utilizado pelo Município não seja o SISREG, os gestores deverão firmar compromisso de efetuar gerenciamento da fila de espera, sendo regulada por profissional médico, com base no Protocolo de Acesso da especialidade (ANEXO 1) e na realização de classificação de risco.

A organização da regulação do acesso para a **primeira consulta na Atenção Especializada** deverá seguir o fluxo abaixo, com base no modelo de operacionalização da

Central Estadual de Regulação Ambulatorial e a **Deliberação nº 47/CIB/16 de 31/03/2016**, que aprova as Diretrizes para operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina:

1º - A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento, **observando-se exclusivamente os critérios definidos no Protocolo de Acesso (Anexo 1)**.

2º - O paciente que preencher os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.

3º - Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta, **na agenda “Consulta em Cirurgia Bariátrica Obesidade”** via SISREG, quando utilizado, para a Central de Regulação Ambulatorial, seguindo a PPI pactuada do seu Município.

4º - O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o Protocolo de Acesso (Anexo 1)

5º - Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação clínica do médico solicitante, nome e CRM.

6º - O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e **conforme as vagas disponíveis pelos prestadores serviços na Central de Regulação Ambulatorial**.

7º - As solicitações que não estiverem devidamente preenchidas serão devolvidas pelo médico regulador para complementação das informações. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, conseqüentemente da prioridade do agendamento.

8º - O paciente, após o atendimento na Atenção Especializada terá o seu seguimento conforme critérios clínico-cirúrgicos definidos pela equipe referenciada. Os agendamentos dos retornos ficarão sob a responsabilidade da Unidade Hospitalar, assim como, a necessidade de acompanhamento da Atenção Básica do seu Município, através de relatório de contra referência.

9º - Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares através da PPI ou rede própria para que estejam disponíveis na consulta de retorno.

## 7. GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde será custeado pelos seguintes programas e/ou incentivos existentes, não havendo novos recursos para a execução das ações. São eles:

Piso de Atenção Básica;

Piso de Vigilância;

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

Programa Academia da Saúde;

Programa Saúde na Escola;

Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

Apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Já o financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (Artigo 8º, Portaria 424, de 19/3/2013).

As portarias ligadas à linha de cuidado concedem incremento no valor dos exames, quando realizados no pré-operatório de indivíduos com obesidade grau III e grau II associada à comorbidades, e que serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). (quando realizados em estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03) no pré-operatório de pacientes com os CID E66.0; E66.2; E66.8; e, E66.9.)

Código Procedimento Incremento:

02.09.01.0037 Esofagogastroduodenoscopia 107,64 %

02.05.02.0046 Ultrasonografia de abdômen total 121,34%

02.05.01.0032 Ecocardiografia transtoracica 150%

02.05.01.0040 Ultrasonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos) 165,15%

02.11.08.0055 Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria) 277,36

Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional, que tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC e deve ser apresentado na quantidade máxima de 01 (um) em APAC tipo única, que terá validade de 03 (três) competências.

Conforme Sistema de Gerenciamento da tabela de procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS- SISGTAP, os acompanhamentos de pacientes pós- cirurgia bariátrica realizado por equipe multidisciplinar será realizado durante o período de 18 (dezoito) meses, correspondendo a um atendimento no 1°,2°, 3°, 4°, 6°, 9°,12° e 18°.

Os procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com tabela SIGTAP, são financiados pela FAEC.

**QUADRO 30** Valor dos procedimentos referente aos procedimentos cirúrgicos, 2016 bariátrica,2016.

**PROCEDIMENTOS CIRURGIAS BARIATRICAS**

COD.	DESC.	FINANC.	INST. REG.	SP	SH	TOTAL
0303070137	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA CLINICA PÓS-CIRURGIA BARIATRICA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 50,00	R\$ 272,00	R\$ 322,00
0407010122	GASTRECTOMIA C/ OU S/ DESVIO DUODENAL	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 2.000,00	R\$ 2.350,00	R\$ 4.350,00
0407010173	GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 2.000,00	R\$ 2.350,00	R\$ 4.350,00
0407010181	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 1.500,00	R\$ 2.350,00	R\$ 3.850,00
0407010360	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 1.745,00	R\$ 2.350,00	R\$ 4.095,00
0407010378	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CIRURGICA POS- CIRURGIA BARIATRICA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 183,00	R\$ 792,00	R\$ 975,00
0407010386	CIRURGIA BARIATRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 2.000,00	R\$ 4.145,00	R\$ 6.145,00
0413040038	DERMOLIPECTOMIA (1 OU 2 MEMBROS INFERIORES)	MAC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 163,76	R\$ 323,16	R\$ 486,92
0413040054	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL POS- CIRURGIA BARIATRICA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 360,15	R\$ 502,20	R\$ 862,35
0413040062	DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL POS-CIRURGIA BARIATRICA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 360,12	R\$ 502,20	R\$ 862,32
0413040070	DERMOLIPECTOMIA CRURAL POS-CIRURGIA BARIATRICA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 360,15	R\$ 502,20	R\$ 862,35
0413040089	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIATRICA	FAEC	AIH(PROC. PRINCIPAL)	R\$ 360,12	R\$ 491,40	R\$ 851,52

**QUADRO 31** Média de Produção das Unidades Habilitadas em Santa Catarina de 2016.**PRODUÇÃO 2016 POR PROCEDIMENTO**

<b>Proc. Gastro [2008+</b>	<b>Frequência</b>	<b>Valor Total</b>	<b>MED MÊS</b>	<b>CM</b>
0303070137 TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA CLINICA POS CIRURGIA BARIATRICA	7	R\$ 3.603,49	0,58	R\$ 514,78
0407010122 GASTRECTOMIA C/ OU S/ DESVIO DUODENAL	1	R\$ 6.458,37	0,08	R\$ 6.458,37
0407010173 GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL	372	R\$ 2.383.536,47	31,00	R\$ 6.407,36
0407010181 GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA	2	R\$ 10.306,82	0,17	R\$ 5.153,41
0407010360 GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	15	R\$ 92.352,79	1,25	R\$ 6.156,85
0407010378 TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CIRURGICA POS- CIRURGIA BARIATRICA	2	R\$ 15.000,49	0,17	R\$ 7.500,25
0413040054 DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL POS-CIRURGIA BARIATRICA	84	R\$ 72.915,94	7,00	R\$ 868,05
0413040062 DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL POS-CIRURGIA BARIATRICA	6	R\$ 5.181,92	0,50	R\$ 863,65
0413040070 DERMOLIPECTOMIA CRURAL POS-CIRURGIA BARIATRICA	9	R\$ 7.785,15	0,75	R\$ 865,02
0413040089 MAMOPLASTIA POS-CIRURGIA BARIATRICA	38	R\$ 33.221,76	3,17	R\$ 874,26
0413040259 DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL POS CIRURGIA BARIATRICA	4	R\$ 4.208,80	0,33	R\$ 1.052,20
0415020018 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE CIRURGIA PLASTICA REPARADORA POS -CIRURGIA BARIATRICA	1	R\$ 1.724,70	0,08	R\$ 1.724,70
<b>Total</b>	<b>541</b>	<b>R\$ 2.636.296,70</b>	<b>45,08</b>	<b>R\$ 4.873,01</b>

**A organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade deve ser feita por meio de planos regionais pactuados na Comissão**

**A organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade deve ser feita por meio** de planos regionais pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regional (CIR) e da estratificação de risco da população adstrita, devendo constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção e a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada (subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio), conforme os Anexos I e II, de acordo com o estabelecido na Portaria nº 424, de 19/03/2013.

A habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será concedida somente se estiver contida no Plano Regional, deverá seguir o fluxo para habilitação de alta complexidade estabelecido pela SES conforme normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Departamento de análise de situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil/ 2011-2012**, 2011.

\_\_\_\_\_. Vigitel Brasil 2014. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf> Acesso em 15 dez.2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MALTA, DC; SILVA JUNIOR, JB da. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília : n 22, v 1, p. 151-164, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria 424 de 19 de março de 2013. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html) Aceso em 20 out. 2016

**Anexo 1**

Disponível em:

[http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=1401&Itemid=85](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1401&Itemid=85)

**PROTOCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL  
AMBULATORIAL SES/SC****CONSULTA EM CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Florianópolis-SC**

**Setembro de 2016**

## PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

### ✓ INTRODUÇÃO

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O Projeto de elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial da Regulação Estadual visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe a Regulação Médica o gerenciamento da fila de solicitações por meio da Classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

## ✓ ESTRUTURA DO PROJETO

Os Protocolos Clínicos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Ambulatorial e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES.

Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências e estarão igualmente disponíveis no Portal da SES em dois locais: menu Regulação e menu Atenção Básica, acesso aberto.

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação nas Centrais de Regulação e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na central de Regulação.

## ✓ FLUXOS DO PROJETO

### ○ Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

- A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
- O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
- Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central Estadual de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada do seu Município.
- O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
  - Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do Sisreg todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
- O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação.
- As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, conseqüentemente da prioridade do agendamento.
- As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
- O paciente, após o atendimento terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
- Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno.

## ✓ DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

### **a. Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:**

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

**URGÊNCIA** – são os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o **Protocolo de Acesso para Atenção Especializada**, e posteriormente a solicitação será classificada por cor conforme o **Protocolo de Regulação** utilizado pelo médico regulador na Central Estadual de Regulação Ambulatorial.

**PRIORIDADE** – são aqueles encaminhamentos:





- ✓ Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- ✓ Cujas demoras impliquem em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.
- ✓ Todas as gestantes.

**ROTINA** – estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

## ✓ CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

### **No SISREG**

A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial do SISREG segue o seguinte desenho:

Classificação de Risco	
Classificação	Descrição
<input type="radio"/> 	Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato
<input type="radio"/> 	Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
<input type="radio"/> 	Prioridade 2 - Prioridade não urgente
<input checked="" type="radio"/> 	Prioridade 3 - atendimento eletivo.

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:



<b>CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>			
<b>Grau de Prioridade</b>	<b>Encaminhamento</b>	<b>Motivos</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Prioridade 1 (P1)</b>	<b>Urgência</b>	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
<b>Prioridade 2 (P2)</b>	<b>Eletivo prioritário</b>	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica.
<b>Prioridade 3 (P3)</b>	<b>Prioridade não urgente</b>	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatose hepática.
<b>Prioridade 4 (P4)</b>	<b>Eletivo</b>	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.



### ✓ ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração dos especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de polifármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolutividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.

## ✓ PROTOCOLO DA CIRURGIA BARIÁTRICA:

### ○ DOENÇAS E/OU MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

**Foram elencados os seguintes sinais e sintomas de doenças ou patologias a serem encaminhados e posteriormente regulados:**

- Obesidade com indicação cirúrgica estando em acompanhamento na atenção básica ou média complexidade com compensação clínica e acompanhamento multidisciplinar por período de 2 anos.

### 7.2 SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- IMC < 40 kg/m<sup>2</sup> sem doença ou comorbidades definida como grave pela atenção primária, ausência de tratamento clínico ou seguimento do caso clínico conforme definido pela atenção média por 2 anos e avaliação com especialista em endocrinologia.

### 7.3 CARACTERÍSTICAS OBRIGATÓRIAS A TODOS OS PACIENTES:

- Ausência de causas secundárias da obesidade
- Idade maior que 16 anos  
OBS: \* Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore - Z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas da área clínica e cirúrgica.  
\*Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.
- Capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento
- Compromisso com o seguimento pré e pós-operatório
- Ausência de dependência química a álcool e/ou drogas ilícitas
- Ausência de distúrbio psicótico grave
- Acompanhamento de equipe multidisciplinar na localidade de residência ou média complexidade próxima que possa seguir e atender o caso no estado pós-operatório imediato assim como adequar o paciente para o encaminhamento ao serviço de cirurgia bariátrica para cirurgia.

#### 7.4 SÃO CONTRA-INDICAÇÕES PARA O AGENDAMENTO:

Esta medida visa a compensação dos quadros clínicos e acesso à consulta com objetivo cirúrgico os casos com menores chances de complicações pós-operatórias e maiores resultados cirúrgicos.

As características clínicas listadas abaixo deverão ser avaliadas, tratadas e excluídas através de seguimento clínico destes pacientes na baixa e na média complexidade antes da inclusão na solicitação da consulta:

\* Transtornos de comportamento alimentar: Existe a necessidade de consulta e seguimento prévio com psicólogo e nutricionista para avaliação, tratamento e exclusão deste transtorno.

\* Transtornos psicóticos graves (incluindo depressão severa ou tentativa de suicídio): Tratamento e seguimento clínico com psicólogo e psiquiatra.

\* Dependência química: Tratamento da dependência por álcool, tabagismo, drogas e/ou medicamentos através do seguimento clínico com psicólogo e psiquiatra.

\* Insuficiência orgânica grave: Acompanhamento de equipe multidisciplinar na localidade de residência ou média complexidade próxima que possa seguir e atender o caso no estado pós-operatório mediato.

\* Doença neoplásica, infecciosa e inflamatória em atividade.

\* Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado.

\* Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício.

\* Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco.

**Incluir o laudo médico com a descrição da ausência destas co-morbidades.**

#### 7.5 ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGENCIA HOSPITALAR:

- IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades em estado de descompensação clínica ou a critério médico na unidade de atenção básica.

#### 7.6 ENCAMINHAR PARA OUTRA ESPECIALIDADE:

- Comorbidades descompensadas como HAS, DM, Doenças osteo-articulares, Apneia do Sono, Doença Cardiovascular, DBPOC a depender na necessidade clínica e gravidade do caso, ficando a critério do médico da unidade de atenção primária. O encaminhamento deve atender os critérios específicos definidos para cada especialidade relacionada aos problemas apresentados pelos pacientes e que indicarão o encaminhamento para a especialidade relacionada para acompanhamento e compensação clínica

## **PROTOCOLO DE ACESSO – CIRURGIA BARIÁTRICA**

### **CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO**

- IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup> - Pacientes com este índice de massa corporal sem comorbidades e com falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.
- IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup> - com co-morbidades: HAS, DM, apnéia do sono, osteoartrose em acompanhamento multidisciplinar nas especialidades relacionadas com laudo do especialista justificando a comorbidades relacionada e/ou decorrente do quadro da obesidade e falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.
- IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> - com co-morbidades que ameaçam a vida e que são certamente melhoradas pela perda de peso.  
\*\* Neste caso necessita estar definida a comorbidades como GRAVE através de laudo descritivo do médico responsável pela atenção primária, UPA ou média complexidade e também caracterizada como grave e com “intratabilidade clínica” por um Endocrinologista.

### **EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES**

- Observar as características obrigatórias a todos os pacientes (descrever sempre o IMC do paciente).
- Observar situações que NÃO necessitam encaminhamento e podem ser manejadas na UBS.
- NÃO incluir pacientes com contra-indicações para o agendamento.
- Observar critérios de encaminhamento a uma UPA ou emergência hospitalar.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO**

<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	IMC $\geq$ 40 kg/m <sup>2</sup> - com co-morbidades que ameaçam a vida e que são certamente melhoradas pela perda de peso.
<b>VERDE</b>	IMC $\geq$ 40 kg/m <sup>2</sup> - Pacientes com este índice de massa corporal sem comorbidades e com falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.
<b>AZUL</b>	IMC $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> – Pacientes com co-morbidades: HAS, DM, apnéia do sono, osteoartrose em acompanhamento multidisciplinar nas especialidades relacionadas com laudo do especialista justificando a comorbidades como relacionada e/ou decorrente do quadro da obesidade e falha documentada de tratamentos conservadores prévios (perda insuficiente ou recuperação de peso) realizados durante pelo menos dois anos.

✓ **ADENDO: Considerações acerca da cirurgia plástica reparadora:**

Indicações para cirurgia plástica reparadora:

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

- a. mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- b. abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- c. excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

Contraindicação da cirurgia plástica reparadora: Ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

✓ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_acesso\\_ambulatorial\\_consulta\\_especializada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf)

[http://rca.fmrp.usp.br/servico/gastro/documentos/cirurgia/gastro/bariatrica\\_files/protocolo\\_cirurgia\\_bariatrica.pdf](http://rca.fmrp.usp.br/servico/gastro/documentos/cirurgia/gastro/bariatrica_files/protocolo_cirurgia_bariatrica.pdf)

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_atencao\\_especializada.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf)

**10. COLABORADORES:**

---

Dr. Juliano Cardoso  
Médico Regulador Gecor

CRM/SC 6951

---

Dr. André Luiz Parizzi Melo  
Chefe do serviço de Cirurgia bariátrica

HRSJ  
CRM/SC 12642

---

Marilvan Cortese  
Gerente de Complexos Reguladores SES

---

Karin Cristine Geller Leopoldo  
Diretora de Planejamento, Controle e  
Avaliação do SUS

---

Dra. Lúcia Regina Gomes Mattos  
Schultz  
Superintendente de Serviços  
Especializados e Regulação



## Anexo II - Aprova os protocolos de Acesso



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Comissão Intergestores Bipartite

### **DELIBERAÇÃO 230/CIB/2016**

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 206ª reunião ordinária do dia 08 de dezembro de 2016.

Considerando a Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que prevê a operacionalização da regulação do acesso por meio de Centrais de Regulação;

Considerando a Deliberação nº 40/CIB/13, de 21 de fevereiro de 2013, que aprova o Plano de Organização das Centrais de Regulação para o Estado de Santa Catarina;

Considerando a Deliberação nº 370/CIB/13, de 22 de agosto de 2013, que alterara o escopo estabelecido para organização das Centrais de Regulação Macrorregionais nos Capítulos 3 e 6 do Plano Estadual anexo à Deliberação nº 40/CIB de 21 de fevereiro de 2013;

Considerando a Deliberação nº 132/CIB/15, de 29 de junho de 2015, que cria a Câmara Técnica de Regulação objetivando a discussão contínua sobre a gestão do acesso e as implicações da regulação nos diferentes níveis de atenção a saúde;

Considerando que as Centrais de Regulação são responsáveis pela identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos assistenciais que podem ser categorizados como Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso;

Considerando que os Protocolos Clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. E, os Protocolos de Regulação de Acesso são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas, constituindo-se como instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial, orientando os atos dos profissionais que fazem parte dos Protocolos Clínicos;

Considerando a necessidade de padronizar as ações regulatórias no Estado de Santa Catarina, bem como disponibilizar atenção à saúde de forma oportuna, ágil e adequada às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

### **APROVA**

**Art. 1º** Os Protocolos de Acesso (EM ANEXO), a serem utilizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina, das seguintes especialidades:

**I - Especialidades médicas clínicas e cirúrgicas:**

Acupuntura  
Alergia e Imunologia Geral  
Cardiologia  
Cirurgia Cardíaca  
Cirurgia Endovascular  
Cirurgia Bariátrica  
Cirurgia do Aparelho Digestivo  
Cirurgia Geral  
Cirurgia Geral - Fígado - Cirurgia Hepática  
Clínica da Dor  
Endocrinologia  
Gastroenterologia  
Geriatria  
Ginecologia e Obstetrícia  
Nefrologia  
Neurocirurgia  
Neurocirurgia Endovascular  
Neurologia  
Oncologia - Iodoterapia  
Ortopedia OPMAL  
Ortopedia OPMES  
Otorrinolaringologia  
Pequena Cirurgia  
Pneumologia  
Proctologia  
Saúde do Trabalhador  
Transplante Hepático

**II - Especialidades Pediátricas:**

Cirurgia Geral  
Cardiologia  
Cirurgia Plástica  
Cirurgia Plástica - Fissurados  
Dermatologia  
Hematologia  
Neurocirurgia  
Neurologia  
Oftalmologia  
Ortopedia  
Otorrinolaringologia  
Urologia

**III- Nutrição:**

Nutrição Adulto  
Nutrição Pediátrico

**IV – Fonoaudiologia:**

Fonoaudiologia Adulto

**V- Exames:**

Audiometria Adulto

Audiometria Infantil  
Eletronefalograma  
Endoscopia Digestiva Alta  
Espirometria  
Videoglutograma  
Videonasolaringoscopia

**Parágrafo Único:** Os Protocolos de Acesso são compostos por duas partes, uma voltada para a Assistência, com orientações de como o profissional assistente deverá encaminhar o paciente para a especialidade e a outra, voltada para os médicos reguladores, que indica ao profissional como classificar o risco referente aos casos encaminhados pela Assistência. Ambas as partes são complementares.

**Art. 2º** As Centrais de Regulação Ambulatoriais Municipais implantadas e com funcionamento anterior a publicação desta deliberação, terão o prazo de 02 meses, a contar da data de publicação desta deliberação, para adotarem estes Protocolos e replicarem para a APS de sua área de abrangência. As Centrais de Regulação Ambulatoriais que forem implantadas posteriormente a data de publicação desta deliberação, já deverão adotar os Protocolos de Acesso descritos no caput deste artigo.

**Art. 3º** A elaboração dos Protocolos de Acesso é um processo contínuo e se estenderá durante o ano de 2017, devendo ser apresentado à CIB suas respectivas alterações e/ou inclusões, após aprovação em Câmara Técnica de Regulação, sob responsabilidade da Coordenação Médica da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA).

**Parágrafo Único:** Poderão atuar como colaboradores na elaboração dos Protocolos de Acesso, médicos especialistas, professores universitários, representantes de entidades médicas e outros profissionais especialistas que a Coordenação Médica da CERA julgar necessário, não havendo restrição no quantitativo destes profissionais.

**Art 4º.** A partir da implantação dos protocolos, os encaminhamentos que não estiverem de acordo com os mesmos, serão devolvidos pelos médicos reguladores para inclusão dos dados clínicos e/ou exames complementares necessários para a adequada avaliação e classificação de risco. Os encaminhamentos cuja indicação clínica não estejam contemplados no protocolo da especialidade solicitada serão devolvidos para acompanhamento na Atenção Básica e/ou reinseridos na especialidade correta.

Florianópolis, 08 de dezembro de 2016.

**JOÃO PAULO KLEINUBING**  
Coordenador CIB/SES  
Secretário de Estado da Saúde

**SIDNEI BELLE**  
Coordenador CIB/COSEMS  
Presidente do COSEMS



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Comissão Intergestores Bipartite

## **DELIBERAÇÃO 086/CIB/2017**

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 209ª reunião ordinária, do dia 20 de abril de 2017,

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº483, 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;

Considerando a Portaria nº. 424, de 19/03/2013 e republicada em28/06/2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

Considerando a Portaria nº. 425, de 19/03/2013e republicada em 15/04/2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

Considerando a Portaria nº 62, de 06 de janeiro de 2017. *Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;*

Considerando a Resolução nº 1/CAISAN, de 30 de abril de 2012, que institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015);

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;

Considerando que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida e;

Considerando a necessidade de ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável que incluem a educação alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade nutricional, o controle e a regulação de alimentos.

## **APROVA**

**Art. 1º** Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade da Rede de Atenção à saúde das Pessoas com Doenças Crônicas para o Estado de Santa Catarina, seguindo as diretrizes de acordo com a

Portaria nº 424 GM/MS, de 19 de março de 2013 para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e deverão ser implantadas e desenvolvidas nas 16 Regiões de Saúde do Estado.

**Art. 2º** Os estabelecimentos que estão habilitados conforme a Portaria nº 492/SAS/MS, de 31 de agosto de 2007 no quadro no 01, como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, deverão ser reavaliados e habilitados, conforme as exigências da Portaria nº 425 GM/MS, de 19 de março de 2013.

Quadro no 01 – Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave e população de referência.

UNIDADE	REGIÃO	MUN	POP	MACRO	
<b>Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos</b> Munic.142 / Pop. 1.618.797	Região Saúde de Xanxerê	21	197.608	<b>GRANDE OESTE</b> Munic.76 / Pop. 774.138	
	Região de Saúde do Extremo oeste	30	230.692		
	Região de Saúde do oeste	25	345.838		
		Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense	15	146.436	<b>MEIO OESTE</b> Munic.55 / Pop. 623.446
		Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe	20	288.455	
		Região de Saúde do meio Oeste	20	188.555	
	Região de Saúde da Serra Catarinense	18	290.137	<b>SERRA CATARINENSE</b> Munic.18 / Pop. 290.137	
<b>Hospital Santo Antônio</b> Munic.39 / Pop. 937.719	Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí	14	744.928	<b>VALE DO ITAJAÍ</b> Munic.42 / Pop. 1.032.749	
	Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí	28	287.821		
		Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí	11	649.898	<b>FOZ DO ITAJAÍ</b> Munic.11 / Pop. 649.898
<b>Hospital Regional Hans Dieter Schmidt</b> Munic.26 / Pop. 1.344.091	Região de Saúde do Nordeste	13	972.566	<b>NORDESTE</b> Munic.13 / Pop. 972.566	
	Região de Saúde do Planalto Norte	13	371.525	<b>PLANALTO NORTE</b> Munic.13 / Pop. 371.525	
<b>Hospital Universitário</b> Munic.22 / Pop. 1.131.981	Região de Saúde da Grande Florianópolis	22	1.131.981	<b>GRANDE FLORIANÓPOLIS</b> Munic.22 / Pop. 1.131.981	
<b>Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes</b> Munic.45 / Pop. 972.750	Região de Saúde Carbonífera	12	420.968	<b>SUL</b> Munic. 45/ Pop. 972.750	
	Região de Saúde de Laguna	18	357.204		
	Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense	15	194.578		
		<b>295</b>	<b>6.819.190</b>		

**Parágrafo único:** A definição de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, determinando os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias devem estar de acordo com a Portaria nº 425 GM/MS, de 19 de março de 2013;

**Art. 3º** Os Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deverá participar de forma articulada e integrada com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e com a linha de cuidado para o tratamento do sobrepeso e da obesidade, anexo a esta deliberação.

**Art4º** Será editada Deliberação CIB específica contendo os critérios de Santa Catarina para elegibilidade de novos Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

**Art5º** Sendo habilitados novos Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, conforme os critérios estabelecidos da Deliberação CIB prevista no artigo 4º, os fluxos de acesso definidos no quadro no 01 serão alterados através de nova Deliberação CIB/SC.

**Art. 6º** Esta Deliberação entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, 20 de abril de 2017.

**VICENTE CAROPRESO**  
Coordenador CIB/SES  
Secretário de Estado da Saúde

**SIDNEI BELLE**  
Coordenador CIB/COSEMS  
Presidente do COSEMS

[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=1411&Itemid=128](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1411&Itemid=128)