



PROTOCOLO MUNICIPAL

SAÚDE DO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE



JULHO/2025



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO

Secretaria de Saúde de Conceição do Castelo – ES.

Prefeito Municipal

Valber de Vargas Ferreira

Secretário Municipal de Saúde

Diego Faria Ferreira

Coordenador dos programas da saúde

Alex Lima Garbelotto

Elaboração

Karla Karolina Vieira Simoes- Enfermeira
Juliana Roque Maretto- Médica ESF

Formatação

Franklin Daré Feriani

Apoio Técnico

Marise Bernarda Vilela

Apoiadora institucional do ICEPI

Bárbara Magnago Pedruzzi

Brasil. Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo/ES. Secretaria de Saúde.

Protocolo Municipal saúde do paciente com sobrepeso e obesidade / Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo, Secretaria de Saúde – Conceição do Castelo, 2025.

SUMÁRIO

Sumário

INTRODUÇÃO	5
EPIDEMIOLOGIA	6
ATENÇÃO BÁSICA.....	7
ADULTOS	7
CRIANÇAS.....	12
ADOLESCENTES	14
IDOSO.....	16
GESTANTES.....	19
QUADRO SÍNTESE.....	23
ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	24
ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL.....	24
ATENÇÃO HOSPITALAR (CIRURGIA BARIÁTRICA).....	24
ANEXOS.....	28
REFERÊNCIAS	37

AGRADECIMENTO

A todos os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde que contribuíram para a criação e elaboração deste protocolo, tornando possível a padronização do atendimento ao paciente com excesso de peso ou obesidade no município de Conceição do Castelo/ES.

INTRODUÇÃO

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de Atenção à Saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença é um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país. As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

O excesso de peso tem como determinantes proximais o padrão alimentar e o dispêndio energético. O padrão alimentar atual identificado por pesquisas nacionais evidencia o fenômeno da transição nutricional na população brasileira, que se caracteriza pelo elevado percentual de consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans e sal e pelo baixo consumo de carboidratos complexos e fibras. A evolução do padrão de consumo da população brasileira entre as décadas de 1970 e 2009 mostra as seguintes tendências: aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (biscoitos, embutidos, refrigerantes, refeições prontas). E baixo consumo de alimentos in natura e minimamente processados. A globalização, o marketing exacerbado de alimentos ultraprocessados, o consumismo, entre outros fatores contribuem fortemente para o aparecimento da obesidade.

O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da

população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição aponta a obesidade como um dos grandes desafios do contexto atual e suas diretrizes norteiam a organização do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, que devem ocorrer no cotidiano dos serviços de Saúde, assim como macropolíticas que potencializam uma vida mais saudável.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbito no mundo, sendo responsáveis por cerca de 36 milhões de mortes globais, incluindo 14 milhões de mortes prematuras, e perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral.

Os principais grupos de DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, cânceres e diabetes) possuem fatores de risco modificáveis em comum, entre eles a obesidade que é, simultaneamente, uma doença que é um fator de risco para outras DCNT.

Esse complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial para a Atenção Básica, que, pelo maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território e como ordenadora do cuidado, é capaz de acolher o indivíduo com excesso de peso, e garantir o cuidado integral.

A elaboração de um protocolo para implantação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, para o município de Conceição do Castelo, faz-se necessário para: subsidiar os profissionais de saúde, atuantes nos serviços de Atenção Básica (SUS); qualificar a atenção nutricional quanto a prevenção, promoção e cuidado nutricional aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, em todos os ciclos de vida para manutenção do peso saudável; orientar para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, sempre que possível, com a presença de nutricionista ou matriciados por este profissional.

EPIDEMIOLOGIA

Segundo a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2019) do Ministério da Saúde, mais da metade da população brasileira maior de 18 anos de idade (55,4%)

apresentou excesso de peso, sendo 20,3% com quadro de obesidade. Neste mesmo ano, foram registrados no Espírito Santo, o índice de obesidade entre as mulheres equivalente a 19,1% e entre homens de 16%.

Com relação às crianças e aos adolescentes, os índices foram classificados por faixa etárias: menores de 2 anos, 6,5%; idade de 2 a 4 anos, 5,2%; 5 a 9 anos 12,2%; e adolescentes de 12 a 17 anos somaram o total de 7% da população capixaba com sobrepeso.

ATENÇÃO BÁSICA ADULTOS

A atenção à saúde das pessoas com obesidade é um grande desafio para as equipes de Atenção Primária. Sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e a comunidade.

Apesar da sua magnitude, a obesidade parece ser invisível na rotina de trabalho de profissionais e gestores, muitas vezes não sendo reconhecida como problema de saúde pública. As barreiras relacionadas à oferta de cuidado reforçam a necessidade de priorização e revisão do processo de trabalho e aspectos estruturais da APS e evidenciam a urgência de empoderamento das equipes de saúde. De forma geral, os desafios enfrentados para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS são diversos e envolvem (BURLANDY et al., 2020):

- Diagnóstico nutricional tardio;
- Baixa resolutividade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos;
- Despreparo para lidar com a complexidade das doenças crônicas, em especial a obesidade;
- Busca pelos serviços de saúde motivada por complicações relacionadas à obesidade, tais como diabetes, hipertensão e dores articulares, mais do que pela obesidade;
- Pouca integração das ações de promoção da saúde no cotidiano de cuidado;
- Baixa atuação em equipe multiprofissional;

- Perspectiva culpabilizadora dos profissionais em relação aos indivíduos com obesidade, o que dificulta o acolhimento e o tratamento adequado;
- Inadequação do modelo biomédico para abordagem terapêutica integral da obesidade.

A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desbalanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta (OMS, 1995). Esse desbalanço energético positivo resulta em ganho de peso. Há diversos métodos para avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo. Na prática clínica cotidiana e para a avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo.

O IMC é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m² (ANJOS, 1992). O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas.

O conteúdo aqui apresentado faz parte da publicação: Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN (BRASIL, 2008).

Para o cálculo do IMC, são necessárias informações de peso (em quilogramas) e altura (em metros). A fórmula para o cálculo do IMC é:

Figura 1 – Cálculo IMC

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (em quilos)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em metros)}}$$

Para a avaliação do estado nutricional de adultos, são necessárias as seguintes informações:

- Peso.
- Estatura.

Passos para a classificação do estado nutricional:

1. Mensuração do peso e da altura.
2. Cálculo do IMC.

Para uma efetiva vigilância do estado nutricional dos usuários das Unidades de Saúde é necessário que a mesma esteja devidamente instrumentalizada para essa ação com:

- Balança regulada/ calibrada
- Estadiômetro vertical
- Calculadora

Classificação de acordo com o IMC:

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do Índice de Massa Corporal do adulto:

Figura 2 – Classificação do estado nutricional de adultos ($\geq 19 < 60$ anos)

ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
IMC	$< 18 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$\geq 18,5 \text{ e } < 25 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 25 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso
	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$	Obesidade

Fonte - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008. de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- Pesar e medir o adulto.
- Realizar a aferição da medida da circunferência abdominal da cintura do adulto.
- Calcular o IMC do adulto e classificar o seu estado nutricional.
- Avaliar os hábitos alimentares do adulto, a disponibilidade e a variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.).
- Avaliar o nível de atividade física, avaliando todas as atividades realizadas: trabalho fora de casa, trabalhos domésticos, deslocamento, transporte, lazer, cuidado de crianças ou idosos etc.

- Realizar exame clínico.
- Avaliar exames bioquímicos.
- Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal etc.)

Ao ser classificado com o peso acima do adequado, IMC igual ou maior que 25 kg/m² (excesso de peso):

- Apresentar ao adulto o diagnóstico encontrado, explicar o que representa e dar as devidas orientações para cada caso (sobrepeso e/ou obesidade).
- Anotar a altura, peso e IMC no prontuário do paciente, com registro de data da avaliação e anotar dados no cartão de peso do adulto.
- Orientar o adulto quanto aos resultados do exame clínico e bioquímico (anemia, dislipidemias etc.) realizados.
- Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de Saúde.

Na figura a seguir é apresentado o fluxograma referente ao atendimento de adultos.

Figura 3 – Fluxograma de atendimento do adulto com excesso de peso



Conforme o fluxograma acima, para indivíduos adultos, independentemente do IMC, é necessário garantir a oferta de ações de promoção da alimentação adequada e saudável (desenvolver conjuntamente orientação de sugestões alimentares com equipe de nutrição) e atividade física, seja na UBS ou em outros espaços no território, como as Academias da Saúde, os clubes, as praças etc.

CRIANÇAS

O sobrepeso e a obesidade infantil têm causa multifatorial, envolvendo fatores genéticos, comportamentais e ambientais, que atuam em vários contextos: familiar, escolar e social. Pessoas com hábitos saudáveis desde a infância apresentam maior chance de manter um estilo de vida saudável durante seu envelhecimento. Logo, se faz necessário dar a devida importância à uma rotina alimentar balanceada e qualidade de vida. Desta forma, é papel do SUS através de um atendimento multidisciplinar garantir abordagens tanto para acompanhamento (promoção e prevenção em saúde), como tratamento da doença.

Compreende-se como criança todo indivíduo menor de 10 anos de idade, com diferentes parâmetros e orientações por faixas etárias. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) devemos classificar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos e de 5 a 10 anos incompletos através das curvas de crescimento infantil.

Na atenção básica, o índice mais utilizado para acompanhar o excesso de peso em crianças, tem sido o Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, por expressar a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura, segundo a idade da mesma. É utilizado para identificar o excesso de peso em crianças e tem a vantagem de ser um índice utilizado em outras fases do curso da vida.

Figura 4 – Cálculo do IMC

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

A partir dos resultados obtidos pelo cálculo do IMC para idade, o profissional de saúde pode guiar-se das tabelas criadas pela OMS para

classificação da criança que estão disponíveis na caderneta da criança (anexo 1,2,3 e 4).

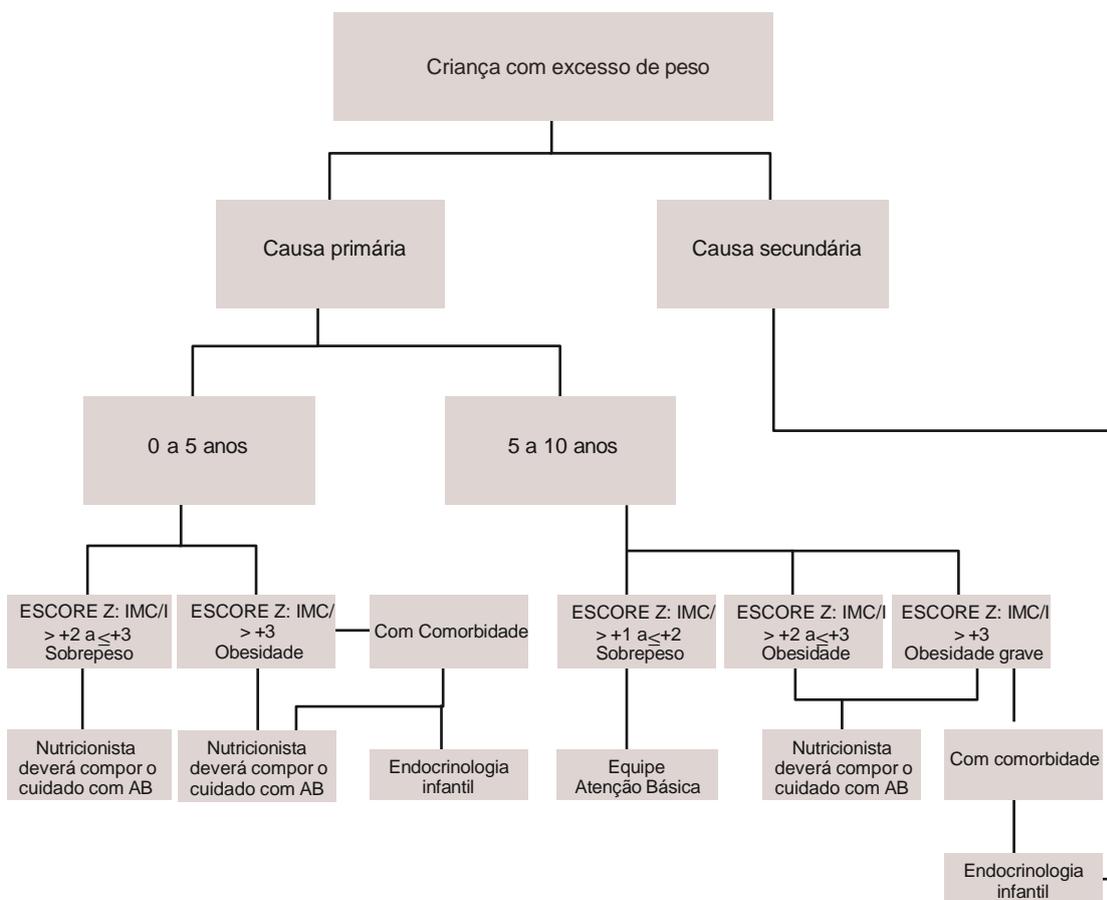
Ao identificar o excesso de peso na criança (anexo 5), os profissionais da Atenção Básica devem iniciar orientações de alimentação saudável, baseadas nos 12 passos recomendados pelo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos (anexo 6) e pelos 10 passos do Guia Alimentar para a População Brasileira, que abordam os cuidados e caminhos recomendados para uma alimentação saudável, saborosa e balanceada, ambos do Ministério da Saúde (anexo 7).

Outro fator importante a ser considerado é o aleitamento materno. Por ser protetor para obesidade infantil deve ser incentivado exclusivamente até os seis meses de idade, quando se inicia a introdução alimentar, e orientado sua continuidade até, pelo menos, dois anos. É na introdução alimentar que se inicia a formação do paladar da criança, essencial para a formação de hábitos alimentares saudáveis para a vida adulta.

É de extrema importância que o estado nutricional das crianças (peso, altura/ estatura e idade) sejam registrados na caderneta da criança, no prontuário e no sistema do RG cidadão, para que seja possível realizar o acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento e crescimento infantil. Sempre orientar ao ACS que avisem aos seus pacientes que devem levar o cartão da criança durante as puericulturas agendadas.

A seguir é apresentado o fluxograma referente ao atendimento às crianças.

Figura 5- Fluxograma de atendimento da criança com excesso de peso



ADOLESCENTES

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, compreendido entre os 10 e 19 anos. Durante o período da adolescência, além da importante mudança fisiológica, o indivíduo também passa por transformações psicossociais, o que contribui para a vulnerabilidade deste grupo etário. Os adolescentes podem ser considerados um grupo de risco nutricional, devido à inadequação de sua dieta decorrente do aumento das necessidades energéticas e de nutrientes para atender à demanda de crescimento.

É na adolescência onde se consolidam os hábitos alimentares e estilo de vida saudável. Nesta fase são estabelecidos os hábitos que muitas das vezes se mantêm na vida adulta. A presença de obesidade nesta faixa etária está associada ao surgimento precoce de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia e distúrbios psicológicos, além de afetar o aparelho locomotor. A

adultos que foram obesos na adolescência tem um risco de mortalidade aumentado, especialmente por doenças coronarianas.

Está claro a influência das práticas alimentares como determinantes diretos no aumento da obesidade, a alimentação inadequada, que é caracterizada pelo consumo excessivo de açúcares simples e gorduras, associada à ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, contribui diretamente para o ganho de peso nesse grupo populacional. Aliada a isto, o sedentarismo e o aumento do uso de tela exercem papel fundamental no processo de ganho de peso. Entre os benefícios imediatos que a prática de atividades físicas oferece está a melhora na aptidão física relacionada à saúde, como aptidão cardiorrespiratória, força muscular, flexibilidade e perda de peso.

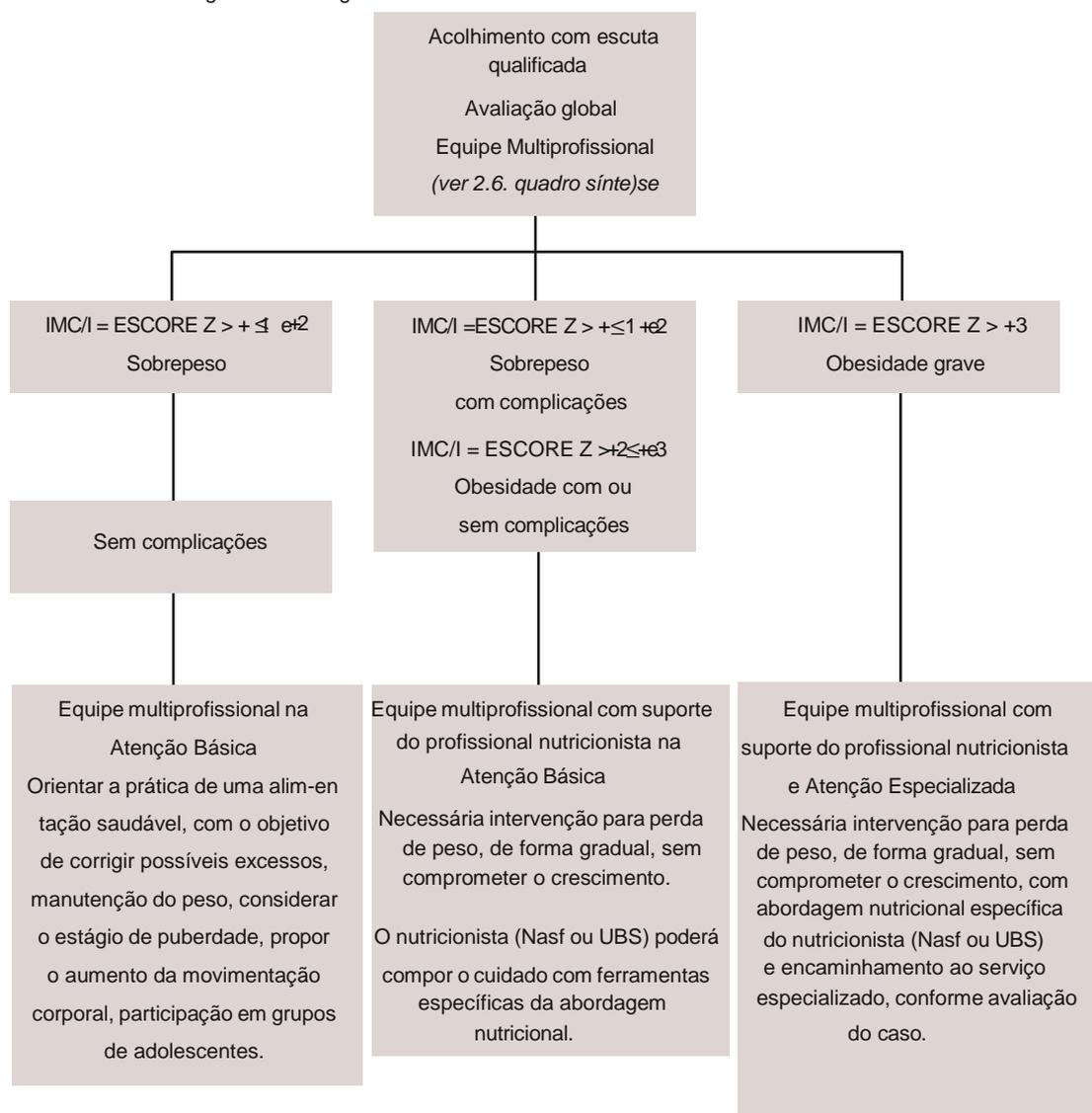
No acompanhamento clínico do adolescente, deve-se considerar a avaliação nutricional (anexo 8), fundamentada nas curvas de crescimento da OMS, associado à avaliação do grau de maturação sexual (critérios de Tanner). É importante considerar as diferenças de composição corporal entre os sexos e entre os estágios de maturação que afetam as necessidades nutricionais e o seu crescimento e desenvolvimento.

Após avaliação nutricional do adolescente, o diagnóstico deve ser apresentado ao mesmo, e também, ao responsável; iniciar as orientações necessárias e facilitar o acesso para o cuidado multidisciplinar.

É na fase da adolescência a maior tendência a afastar-se da UBS, por isso, é primordial que se realizem estratégias de abordagem, com intuito de aproximar-se dos mesmos, como por exemplo, busca ativa em unidades escolares da rede pública de ensino.

Caso venha a existir equipe de NASF no município, poderá ser encaminhado para acompanhamento conjunto.

Figura 6 – Fluxograma de Atendimento do Adolescente com Excesso de Peso



IDOSO

No Brasil e em muitos países do mundo, a obesidade sobre passa a desnutrição na população geral. Entre a população da terceira idade, a situação não é diferente. É comum tanto para homens como para mulheres, durante o processo de envelhecimento, o ganho de peso, principalmente depois dos 50 anos. Isso ocorre devido à perda de massa muscular e o acúmulo de gordura ao longo dos anos, desta forma a proporção de gordura aumenta em relação a quantidade de massa muscular.

O diagnóstico de excesso de peso no idoso ocorre com a identificação dos dados antropométricos – peso, estatura e IMC (anexo 8), associado à presença de comorbidades, muito comum nesse ciclo da vida.

Figura 7 - Classificação do estado nutricional de idosos (≥ 60 anos)

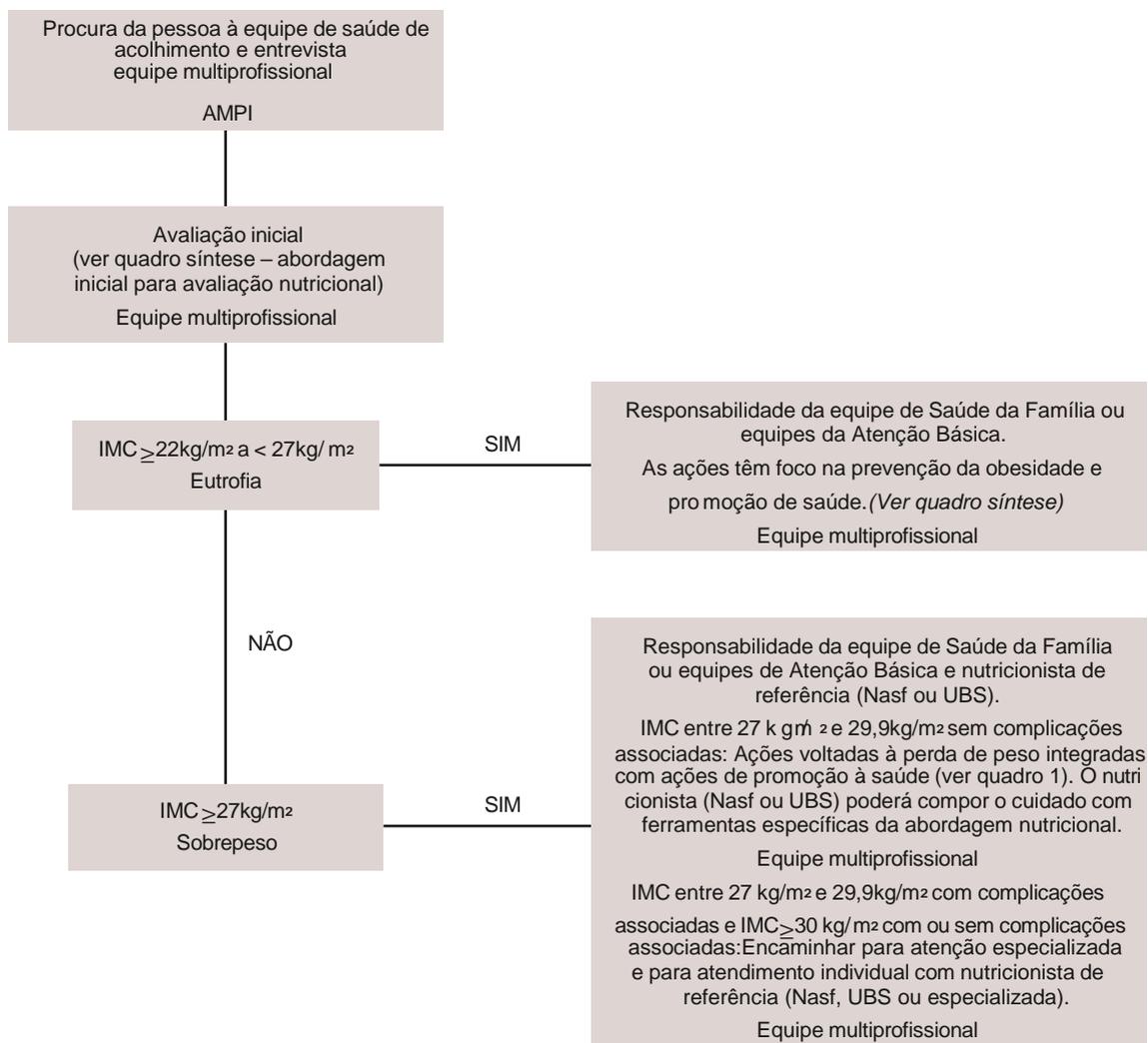
ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
IMC	$< 22 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$\geq 22 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 27 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso

Fonte - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.

A importância da conduta nutricional para o público-alvo é abordar medidas de hábitos alimentares saudáveis, levando em consideração a questão da autonomia e associando aos hábitos socioculturais. Além disso, fomentar a realização de atividade física é de suma importância tanto para questões físicas quanto psicológicas.

Na figura a seguir é apresentado o fluxograma referente ao atendimento de idosos.

Figura 8 – Fluxograma de Atendimento do Idoso com Excesso de Peso



GESTANTES

Mulheres grávidas com ganho de peso excessivo e/ou obesidade apresentam maior risco de complicações antenatais, intraparto, pós-parto e complicações neonatais, elevando os riscos de ocorrências como diabetes gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, os riscos de indução do trabalho de parto, de cesarianas, de hemorragia puerperal, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos grandes ou pequenos para a idade gestacional, além de expor a criança a maior risco de complicações a curto e longo prazo. Em recém-nascidos, além da macrossomia fetal, os mesmos podem apresentar dislipidemia, hipoglicemia neonatal, trauma fetal, defeitos do tubo neural, prematuridade, sofrimento fetal, risco aumentado de aspiração de mecônio. A taxa de malformações fetais é maior em mulheres obesas do que naquelas com peso normal.

Para diagnóstico inicial do estado nutricional da gestante é importante conhecer o peso anterior à gravidez (referido pela gestante ou na ausência desse dado, utilizar o peso no primeiro trimestre como sendo o pré-gestacional). O peso deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal. A estatura da gestante adulta pode ser aferida apenas na primeira consulta. O estado nutricional é classificado segundo a curva de Índice de Massa Corporal (IMC) para semana gestacional, utilizando o gráfico desenvolvido por Atalah et al. (1997). São definidos pontos de corte de IMC conforme a idade gestacional para diagnóstico do estado nutricional (anexos 9 e 9.1).

Cada gestante deverá ter ganho de peso de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho de peso ao longo da gestação, faz-se necessário calcular o quanto ganhou e quanto ainda faltará até o final da gestação.

Gestantes com diagnóstico de excesso de peso deverão:

- Receber atenção diferenciada, incluindo avaliação nutricional, e outros procedimentos clínicos e laboratoriais, que completem o diagnóstico nutricional, conforme necessidade de cada gestante. Investigar sobre a obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla e outras circunstâncias que podem confundir o diagnóstico do estado nutricional.
- Receber orientação alimentar com o objetivo de promover o peso adequado e hábitos alimentares saudáveis. Para a promoção da alimentação

saudável durante a gestação, o Ministério da Saúde recomenda os Dez Passos para Alimentação Saudável de Gestantes (anexo 10).

- Restringir a diminuição de peso e dietas com restrição calórica, somente com prescrição do nutricionista, pois podem afetar o crescimento e desenvolvimento fetal.

Durante a gestação é esperado maior ganho de peso devido ao aumento de tecidos maternos e dos produtos da concepção, sendo que a taxa de ganho de peso gestacional recomendada é apresentada a seguir nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Ganho de peso durante a gestação conforme IMC pré-gestacional

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (kg) total até a 14 ^a semana	Ganho de peso (kg) semanal no 2 ^o e 3 ^o trimestres (a partir da 14 ^a semana)	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (IMC < 18,5)	1,0-3,0	0,51 (0,44–0,58)	12 ,5 – 18, 0
Adequado (IMC ≥ 18,5 a 24,9)	1,0-3,0	0,42 (0,35–0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (IMC ≥ 25 a 29,9)	1,0-3,0	0,28 (0,23 – 0,33)	7 ,0 – 11, 5
Obesidade (IMC ≥ 30,0)	0,2-2,0	0,22 (0,17 - 0,27)	5 ,0 - 9, 0

Fonte: Institute of Medicine (IOM), 2013.

Tabela 2 - Ganho de peso durante a *gestação múltipla* conforme IMC pré-gestacional.

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (kg) total até a 14 ^a semana	Ganho de peso (kg) total na gestação
< 18,5	Baixo peso	Não há recomendação por falta de evidências
18,5 - 24,9	Adequado	16 ,8-24, 5
25,0 - 29,9	Sobrepeso	14 ,1-22, 7
≥ 30,0	Obesidade	11 ,4-19, 1

Fonte: Institute of Medicine (IOM), 2009.

A avaliação do estado nutricional inicial da gestante adolescente (realizado até a 13^a semana de gestação) deve ser determinado por meio da classificação do IMC específico para esta população (tabela 3). O monitoramento do ganho

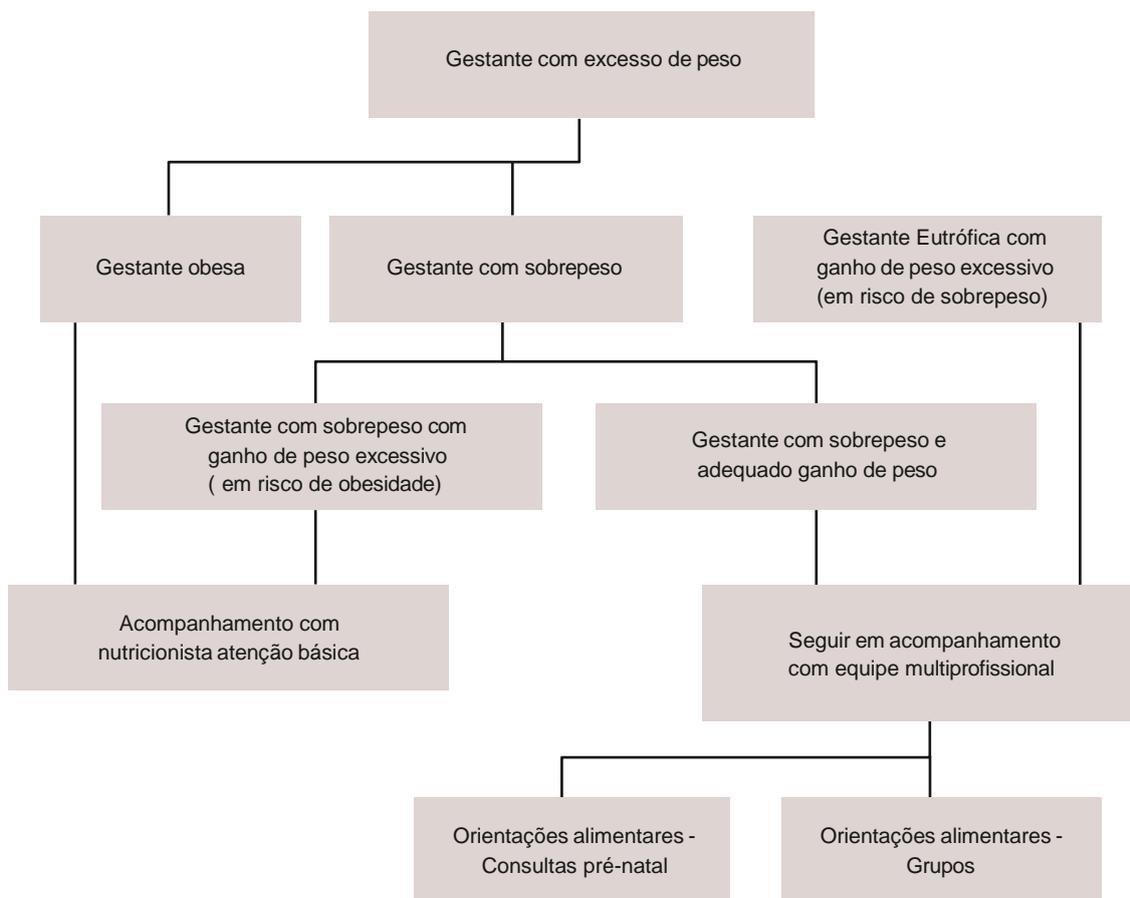
de peso deve ser realizado, segundo classificação apresentada na tabela 1. A aferição do peso deve ser feita em todas as consultas e a estatura verificada, pelo menos, a cada trimestre. É importante que o registro do estado nutricional da gestante seja identificado na curva de acompanhamento nutricional no Cartão da Gestante, como também, no prontuário e inserido (peso e altura aferido nas consultas) no sistema de informação para acompanhamento adequado do desenvolvimento durante toda a gestação.

Tabela 3 - Classificação do estado nutricional em adolescentes segundo IMC pré gestacional e curvas de crescimento.

Percentil	Score-z	Diagnóstico Nutricional
< 3	< -2	Baixo peso
≥ 3 e < 85	≥ -2 e < 1	Adequado
≥ 85 e < 97	≥ 1 e < 2	Sobrepeso
≥ 97	≥ 2	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

Figura 9– Fluxograma de Atendimento da Gestante com Excesso de Peso



QUADRO SÍNTESE

O quadro a seguir traz uma síntese sobre o acompanhamento nutricional nos casos de excesso de peso, em todos os ciclos de vida.

Quadro 1 - Quadro síntese: acompanhamento nutricional nos casos de excesso de peso

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos motivos de contato em casos de demanda espontânea; • Busca ativa. 	Equipe multiprofissional
Avaliação global	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação antropométrica; • Avaliar histórico de alteração de peso corporal recente e antecedentes familiares com obesidade; • Em casos de adolescentes, classificação do estágio de puberdade de acordo com os critérios de Tanner. Considerar a velocidade de crescimento (VC/ano) e o possível aspecto de excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, que não deve ultrapassar 20% em relação ao peso esperado para a altura/idade. Em outros adolescentes, no início do estágio de estirão, pode-se observar um aspecto longilíneo e emagrecido, que não deve ser confundido com o diagnóstico de baixo peso; • Investigar a presença de edemas; • Avaliação dos marcadores de consumo alimentar; • Avaliar a ingestão hídrica; • Avaliar a disponibilidade e variedade de alimentos da família e recursos financeiros de modo a trabalhar o plano de cuidados dentro da realidade da pessoa/família; • Avaliar o nível de atividade física e práticas corporais; • Avaliar o estado emocional (ansiedade, depressão, compulsão ou outras alterações); • Avaliar tabagismo e uso/abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas; • Avaliar grau de autonomia na alimentação; • Avaliar saúde bucal. 	Equipe multiprofissional, com apoio do nutricionista de referência.
Plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o resultado da avaliação antropométrica (sobrepeso ou obesidade) e explicar os riscos que representa à saúde; • Em casos de gestantes, definir ganho de peso adequado de acordo com o trimestre; • Orientar hábitos saudáveis com base no Guia Alimentar para a População Brasileira; • Construção conjunta do plano de cuidados para adequação alimentar; • Estimular a ingestão de água ao longo do dia, nos intervalos das refeições; • Realizar grupos de promoção e prevenção da saúde, que enfoquem a alimentação saudável; • Estimular a apreciar o sabor dos alimentos, de modo a comer mais lentamente e consequentemente em menores quantidades; • Estimular a realização de práticas corporais e atividades físicas adequadas à pessoa; • Identificar no território grupos e espaços que estimulem a realização das práticas corporais e atividades físicas, como praças e espaços públicos, as Unidades Básicas de Saúde, centros de convivências, centros de esporte e lazer, polos da Academia da Saúde e práticas integrativas e complementares; 	Nutricionista de referência, com apoio da equipe multiprofissional.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Os pacientes de 16 a 18 anos com ESCORE Z IMC/idade > +3, adultos que apresentem IMC > 35kg/m² com comorbidades (alto risco cardiovascular, diabetes Mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas), esgotadas as possibilidades na atenção básica e adultos com IMC > 40 kg/m² devem ser encaminhados para acompanhamento multiprofissional na atenção especializada.

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

Os pacientes permaneceram em acompanhamento especializado pelo período de 2 anos, sendo o desfecho de encaminhamento para cirurgia bariátrica ou alta da atenção especializada para manutenção do acompanhamento na atenção básica, definido pela equipe multidisciplinar. Os pacientes com IMC > 50 kg/m² poderão ser encaminhados para cirurgia bariátrica sem a necessidade de serem acompanhados durante 2 anos, ficando esta decisão a critério da avaliação clínica e multidisciplinar.

ATENÇÃO HOSPITALAR (CIRURGIA BARIÁTRICA)

A atenção hospitalar deve realizar avaliação dos casos indicados pela atenção especializada ambulatorial e/ou regulação para o procedimento cirúrgico para tratamento da pessoa com obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, organizando o acesso, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde.

O tratamento cirúrgico da obesidade deve estar de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.

A cirurgia integra uma linha do cuidado para a pessoa com obesidade, que prioritariamente é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, considerando todas as portarias e protocolos da Linha Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Obesidade.

O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo:

- a) Indivíduos que apresentem $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$;
- b) Indivíduos que apresentem $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na atenção básica e/ou na atenção ambulatorial especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c) Indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo com a idade.

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 na área.

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;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

Contraindicações para cirurgia bariátrica:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciam a relação risco-benefício;
- d. 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;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

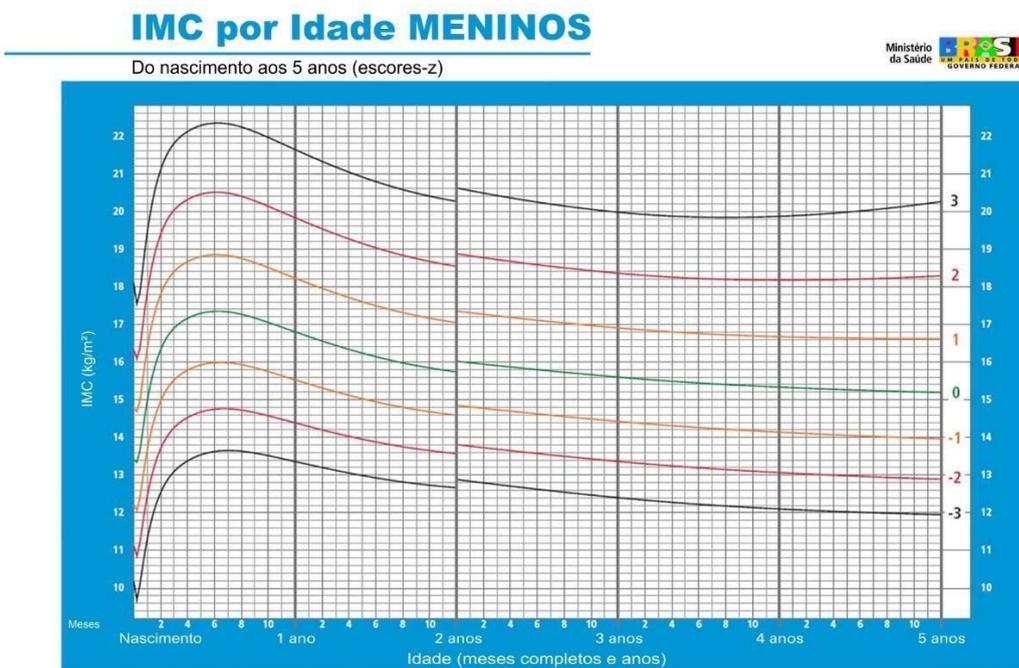
Deve ser garantida a assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram o procedimento e organizado o retorno, após 18 meses, dos usuários ao suporte multiprofissional na assistência especializada ambulatorial e/ou à atenção básica, realizando contrarreferência e comunicando periodicamente às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

É de responsabilidade dos hospitais também a realização de cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, para aqueles com aderência ao acompanhamento pós-operatório, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.

Cabe ao subcomponente da Unidade de Urgência e Emergência 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.

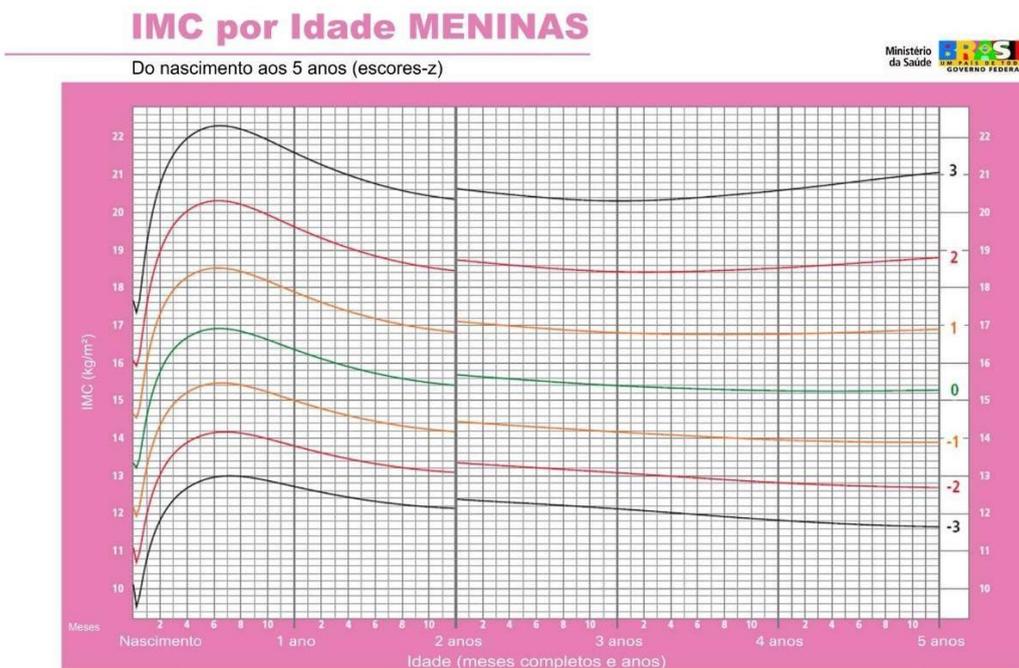
ANEXOS

Anexo 1 - IMC (Meninos), 0-5 anos, em Z score



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Anexo 2 - IMC (Meninas), 0-5 anos, em Z score

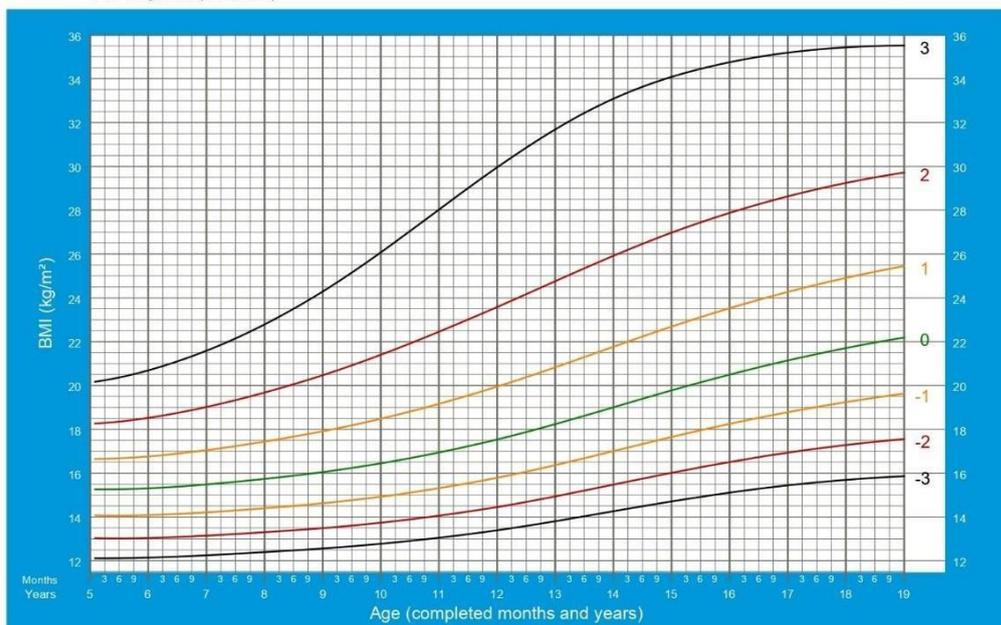


Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Anexo 3 - IMC (Meninos), 5-19 anos, em Z score

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)

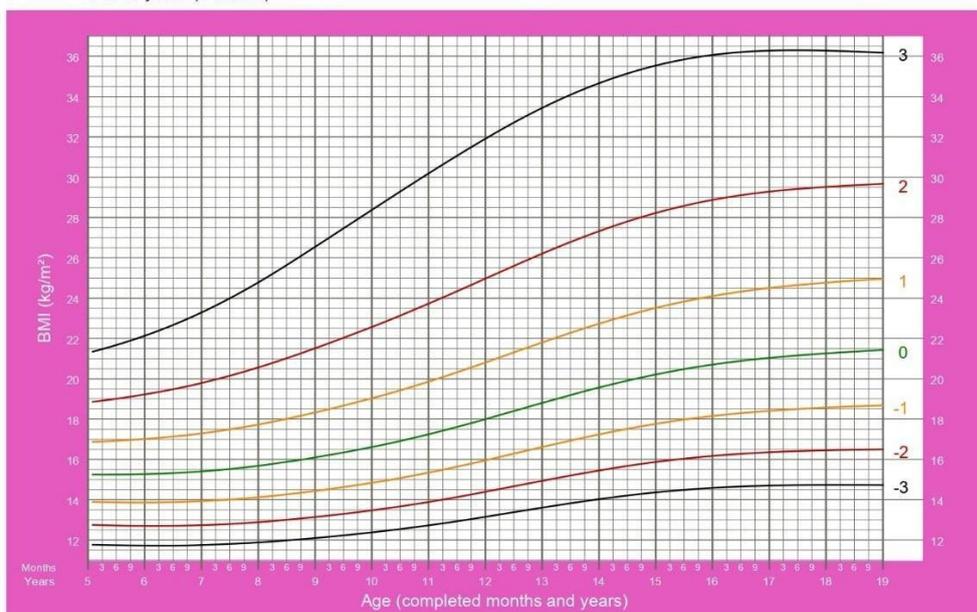


2007 WHO Reference

Anexo 4 - IMC (Meninas), 5-19 anos, em Z score

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Anexo 5 - Critérios para classificação do estado nutricional, de crianças entre 0-5 anos e 5-10 anos incompletos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS							
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS			
		PESO PARA IDADE	PESO PARA ESTATURA	IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE	PESO PARA IDADE	IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE	
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z-3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade	
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1		Eutrofia	Eutrofia			Eutrofia		
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1	Peso adequado para a idade				Peso adequado para a idade			
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Sobrepeso		
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99.9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3		Sobrepeso	Sobrepeso			Obesidade		
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Obesidade	Obesidade	Estatura adequada para a idade	Peso elevado para a idade	Obesidade grave	Estatura adequada para a idade	

Fonte - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

Anexo 6 - Doze passos para alimentação saudável de crianças menores de dois anos.

Passo 1	Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses;
Passo 2	Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses;
Passo 3	Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas;
Passo 4	Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno;
Passo 5	Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade;
Passo 6	Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança;
Passo 7	Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família;
Passo 8	Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família;
Passo 9	Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição;
Passo 10	Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família;
Passo 11	Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa;
Passo 12	Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Fonte - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, 2019.

Anexo 7 - Dez passos da alimentação saudável para a população brasileira

Passo 1	Prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados;
Passo 2	Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades;
Passo 3	Limite o consumo de alimentos processados;
Passo 4	Evite alimentos ultraprocessados, que são aqueles que sofrem muitas alterações em seu preparo e contêm ingredientes que você não conhece;
Passo 5	Coma regularmente e com atenção. Prefira alimentar-se em lugares tranquilos e limpos e na companhia de outras pessoas;
Passo 6	Faça suas compras em locais que tenham uma grande variedade de alimentos in natura. Quando possível, prefira os alimentos orgânicos e agroecológicos;
Passo 7	Desenvolva suas habilidades culinárias. Coloque a mão na massa, aprenda e compartilhe receitas;
Passo 8	Planeje seu tempo. Distribua as responsabilidades com a alimentação na sua casa. Comer bem é tarefa de todos;
Passo 9	Ao comer fora, prefira locais que façam a comida na hora;
Passo 10	Seja crítico. Existem muitos mitos e publicidade enganosa em torno da alimentação. Avalie as informações que chegam até você e aconselhe seus amigos e familiares a fazerem o mesmo.

Fonte - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Anexo 8 - Classificação do estado nutricional de adolescentes (≥ 10 a < 19 anos)

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE
< Percentil 0,1	< Escore-z -1	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
\geq Percentil 0,1 e < Percentil 3	\geq Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
\geq Percentil 3 e < Percentil 15	\geq Escore-z e < Escore-z -1		
\geq Percentil 15 e \leq Percentil 85	\geq Escore-z -1 e \leq Escore-z +1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
> Percentil 85 e \leq Percentil 97	> Escore-z 1 e \leq Escore-z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e \leq Percentil 99,9	> Escore-z +2 e \leq Escore-z +3	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave	

Fonte - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.

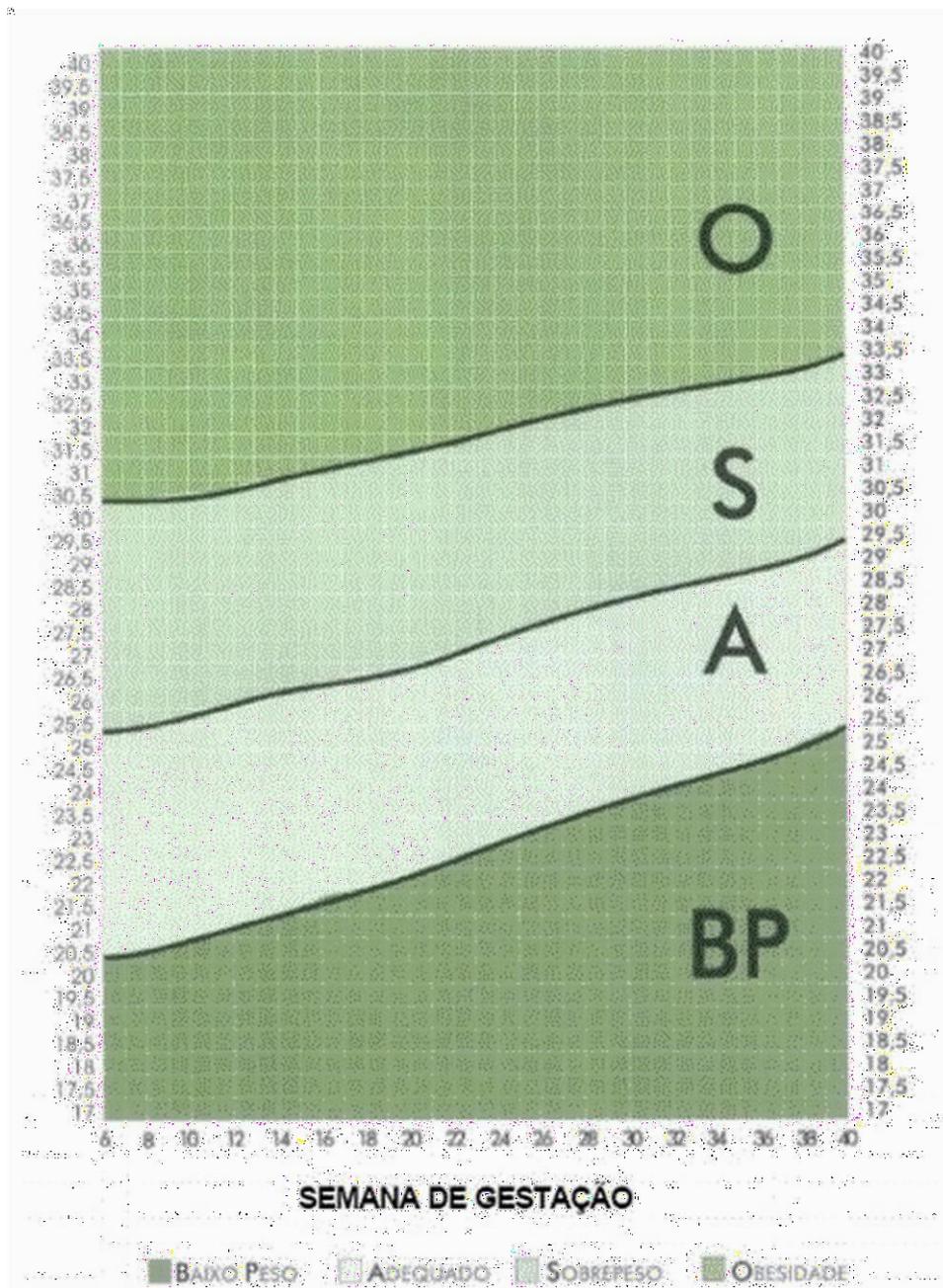
Anexo 9 - Avaliação do estado nutricional conforme o índice de massa corporal (IMC) e a idade gestacional (IG)

SEMANA GESTACIONAL	BAIXO PESO IMC \leq	PESO ADEQUADO PESO ENTRE		SOBREPESO PESO ENTRE		OBESIDADE MC \geq
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30 , 1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30 , 2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30 , 3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30 , 4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30 , 4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30 , 5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30 , 6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30 , 7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30 , 8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30 , 9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31 , 0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31 , 0

20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31 , 1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31 , 2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31 , 3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31 , 4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31 , 6
25	22,4	22,	27,0	27,1	31,6	31 , 7
26	22,	22,7	27,2	27,3	31,7	31 , 8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31 , 9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32 , 0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32 , 1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32 , 2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32 , 3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32 , 4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32 , 5
34	23,9	224,0	28,3	28,4	32,5	32 , 6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32 , 7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32 , 8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	33 , 9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33 , 0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33 , 1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33 , 2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33 , 3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33 , 3

Fonte: ATALAH S. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Revista Médica de Chile, 125(12):1429-1436, 1997.

Anexo 9.1 - Curva de IMC para acompanhamento do estado nutricional em gestantes.



Fonte: ATALAH S. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Revista Médica de Chile, 125(12):1429-1436, 1997.

Anexo 10 - Dez passos para a alimentação saudável da gestante.**Passo 1**

Faça, pelo menos, três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos, dois litros (seis a oito copos) por dia;

Passo 2

Inclua diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca, macaxeira eaipim. Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais;

Passo 3

Procure consumir diariamente três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;

Passo 4

Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde;

Passo 5

Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carne, ave, peixe ou ovo. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis;

Passo 6

Diminua o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans;

Passo 7

Evite refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia;

Passo 8

Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos;

Passo 9

Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fortes em ferro, como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma com esses alimentos aqueles que são fontes de vitamina C, como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro;

Passo 10

Mantenha o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientações de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: condições crônicas não transmissíveis - versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância alimentar e nutricional SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).