TeleCedeba

O Cedeba mais perto de você

Teleconsultoria Especializada

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM OBESIDADE

Cedeba
TelessaúdeBA
SUS
GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA - DAB

2020. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

ORGANIZAÇÃO:

Núcleo Técnico Científico de Telessaúde do Estado da Bahia

Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)

ELABORAÇÃO

Caroline Bulcão Souza e Odelisa Silva de Matos

REVISÃO

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

Flávia Resedá Brandão

REVISÃO GERAL

Flávia Resedá Brandão

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Jamile Neves de Souza Barbosa

DIRETORIA

Reine Marie Chaves Fonseca

REVISÃO TEXTUAL

Mariana de Azevedo Pinto

COORDENAÇÃO DO PROJETO DE TELECONSULTORIA ESPECIALIZADA

Reine Marie Chaves Fonseca

Flávia Resedá Brandão

Maria das Graças Velanes

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

EQUIPE TÉCNICA CEDEBA

Ana Cláudia Couto Silva

Ana Luisa Castro Nascimento de Aguiar

Caroline Bulcão Souza
Cícero Fidelis
Fabiana Freire Almeida Silva
Fábio Rogério Trujilho
Flavia Resedá Brandão
Giovanna Novais Feitosa Leite
Julia de Fátima Coutinho
Livia Tavares O Leite
Luciana Santana Leone de Souza
Ludmila Chaves Fonseca
Maria das Graças Velanes de Faria
Maria Palmira Carballido Romero,
Monique Magnavita Borba de Fonseca
Odelisa Silva de Matos
Regilene de Jesus Santos Batista
Renata Peixoto Barbosa
Rosa Maria Mattos Gurgel Brandão
Teresa Arruti Rey
Thaisa Dourado Guedes Trujilho

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Fábio Brito dos Reis
Mariana de Azevedo Pinto

TIRAGEM:

1ª edição – 2020 – Versão eletrônica

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

TELESSAÚDE BAHIA – DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Endereço: 4a Avenida 400, Plataforma 6, 1o andar, sala 112B,
Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA CEP: 41.750-300.
Tel.: (71) 3115-4151
Endereço eletrônico: http://telessaude.ba.gov.br/
Material disponível por meio eletrônico no site http://telessaude.ba.gov.br/

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 4
2. CONSULTA MÉDICA 4
    DIAGNÓSTICO 4
    AVALIAÇÃO CLÍNICA 5
3. TRATAMENTO 6
    MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA 7
    TRATAMENTO FARMACOLÓGICO 10
    TRATAMENTO CIRÚRGICO 12
4. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AO CEDEBA 16
5. REFERÊNCIAS 17

1. Introdução

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial e representa na atualidade um dos principais problemas de saúde pública do mundo. O excesso de peso pode causar ou agravar várias doenças como diabetes tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, problemas ortopédicos, infertilidade, entre outros.

A abordagem da obesidade com a visão da integralidade do ser humano que correlacione questões sociais, psicológicas, genéticas, clínicas e alimentares torna-se uma prática eficaz no seu tratamento, uma vez que, mantidas as especificidades de cada profissional que compõe a equipe de saúde, haverá um melhor acompanhamento, sensibilidade e entendimento quanto à complexidade deste indivíduo.

2. Consulta médica

Diagnóstico

A avaliação de sobrepeso ou obesidade nos pacientes é realizada através do cálculo do índice de massa corporal (IMC) e da medida da circunferência abdominal. Pode ser realizado também a bioimpedanciometria para melhor avaliação da composição corporal.

O IMC é obtido pela fórmula IMC = peso (Kg) / altura² (metros) e é classificado conforme a tabela 1.

Tabela 1: Classificação dos graus de obesidade e risco de doença de acordo com o IMC do paciente.

IMC (Kg/m²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo

			elevado

Fonte: Organização Mundial da Saúde

O Ministério da Saúde aceita que no idoso (acima de 60 anos), O IMC varia entre 22 e 27 kg/m^2 pela diminuição de massa magra.

A circunferência abdominal deve ser medida, com fita métrica, na altura do ponto médio entre a crista ilíaca e a borda inferior da última costela. Medidas iguais ou maiores que 80 cm nas mulheres e 94 cm nos homens indicam risco aumentado para síndrome metabólica e doenças cardiovasculares.

Avaliação clínica

História clínica

Na anamnese é importante precisar o início do quadro, quantos quilos foram ganhos e em quanto tempo, os fatores que desencadearam o aumento do peso, padrão alimentar (beliscador, hiperfagico prandial, presença de compulsão alimentar), uso de medicações que possam estar contribuindo para o para aumento do peso (tabela 2), tratamentos prévios para perda de peso, tempo de duração e resultados alcançados, fatores precipitantes de recaída, presença de transtornos alimentares e a presença de comorbidades associadas ao quadro.

Tabela 2 – Fármacos Obesogênicos

Antipsicóticos Atípicos	Olanzapina, clozapina, risperidona
Antidepressivos	Amitripitlina, mirtazapina, paroxetina
Estabilizadores de Humor	Lítio
Glicocorticóides	Prednisona
Betabloqueadores	Propranolol
Hipoglicemiantes	Insulina, sulfoniúreias (glibenclamida)
Anticonvulsivantes	Fenitoína, ácido valproico, gabapentina, carbamazepina
Anti-histamínicos	Principalmente 1ª geração

Fonte: PERREAULT(2019)

Exame físico

No exame físico deve-se avaliar os sinais para o peso e a estatura, cálculo de IMC, circunferência do abdome, pressão arterial com manguito adequado à circunferência do braço. O exame físico segmentar deve ser cuidadoso na avaliação de sinais clínicos de obesidade secundária a outras doenças.

Exames complementares:

- Hemograma
- Sódio, potássio
- Perfil lipídico
- Glicemia
- TGO, TGP e gama GT
- Ac úrico
- Ureia e creatinina
- 25 OH Vitamina D
- Vitamina B12
- Cálcio, fósforo
- Albumina
- TSH
- Testosterona (homens)

3. Tratamento

O tratamento é complexo e multidisciplinar e o paciente deve ser orientado quanto a importância da mudança do estilo de vida, técnicas cognitivo comportamentais, orientações nutricionais visando reduzir o consumo calórico e estímulo à atividade física rotineira e medicamentos e cirurgia, nos casos indicados. O paciente deve ser abordado individualmente para se determinar quais as metas de perda de peso, controle das comorbidades e quais serão as estratégias de intervenção no tratamento para alcançar estes objetivos na perda de peso.

Mudanças de estilo de vida

A tríade principal do tratamento clínico consiste em apoio à mudança do estilo de vida, plano alimentar visando redução da ingesta calórica e estímulo à atividade física. A avaliação individualizada do paciente é muito importante com metas realistas e em conformidade com os limites do paciente. Automonitoramento de peso, com medidas semanais, ajuda no controle do peso.

Alimentação Saudável

A promoção da alimentação saudável é um dos maiores desafios da Atenção Primária no cuidado de pacientes crônicos como os que apresentam obesidade. A 2ª edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014, abordaos cuidados que se deve ter ao escolher os alimentos, passando pela preparação das refeições e pelo próprio ato de comer. Os Dez Passos para uma alimentação adequada e saudável, sistematizados pelo Guia Alimentar da População Brasileira, são descritos abaixo (BRASIL, 2014, p.127-128):

1. *Fazer uso de alimentos in natura ou minimamente processados como base da alimentação.*
2. *Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.*
3. *Limitar o consumo de alimentos processados.*
4. *Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.*
5. *Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre quepossível, com companhia.*
6. *Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ouminimamente processados.*
7. *Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.*
8. *Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.*
9. *Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.*
10. *Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.”*

Fazer o recordatório alimentar e a partir daí fazer pequenos acordos com o paciente de mudanças em determinados hábitos a cada atendimento permite aos poucos, fazer ajustes importantes para uma alimentação mais adequada não só para o paciente, mas para todos da família.

REDUZIR A INGESTÃO DE AÇÚCAR, GORDURA SATURADA E SAL

Consumir doces, bolos, biscoitos, refrigerantes e sucos apenas ocasionalmente.

Consumir frutas frescas, frutas secas castanhas ou lácteos em lanches.

Usar com moderação açúcar em bebidas e receitas.

Limitar consumo de carnes processadas (salsicha, linguiças, salames e presuntos), alimentos preparados em frituras de imersão (batata frita e salgados).

Consumir leite e derivados com menor teor de gordura, carnes brancas ou magras

Consumir alimentos assados ou grelhados.

*Gorduras saturadas: manteiga, banha, óleo de palma,óleo de coco e gorduras de origem animal.

Consumo máximo de sódio 2g/dia (8g de sal de cozinha)

Não utilizar saleiro à mesa.

Evite consumo de refeições prontas, salgadinhos e caldos industrializados, carnes processadas (salsichas, linguiças, salames e presuntos).

Fonte: Adaptado do Caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministeriao da Saúde, 2014.

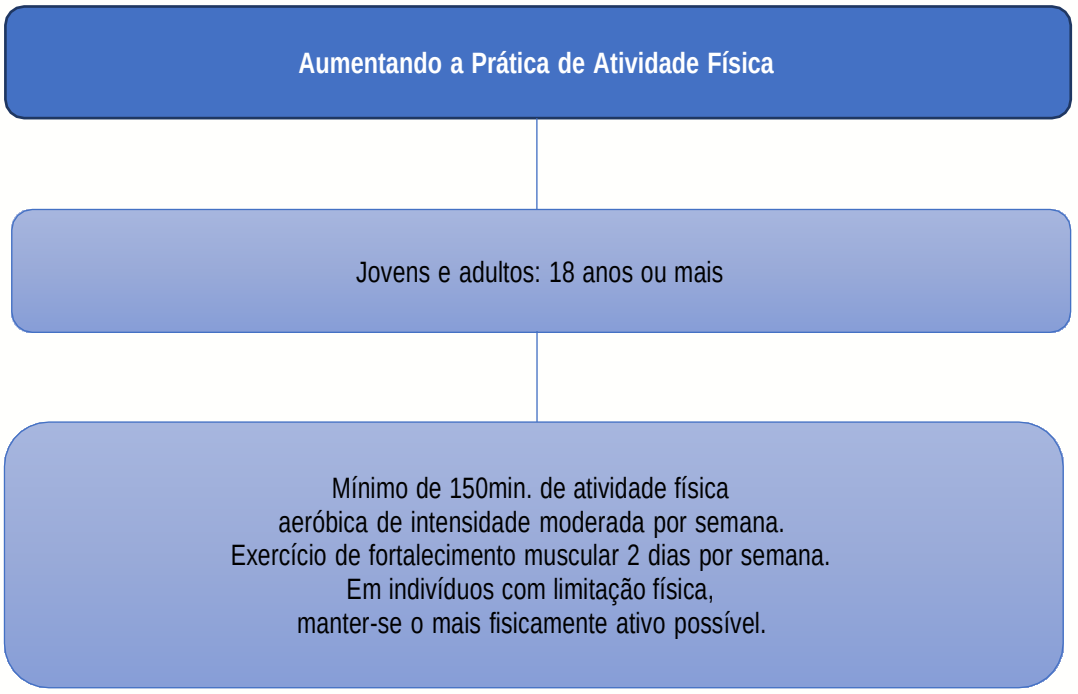
Aumentar consumo de frutas*, verduras e legumes*****

Consumir diariamente:
3 porções de **frutas** e **3** porções de **verduras e legumes**

Consumir frutas, verduras e legumes frescos, variando os tipos e preferindo os da estação.
Consumir frutas no café da manhã, lanches e/ou sobremesa.
Consumir frutas, verduras e legumes crus, com casca e bagaço, sempre que possível

Atividade Física

Realizar atividades físicas, mesmo que não seja possível, inicialmente, alcançar os tempos citados na figura abaixo, traz benefícios para a saúde. Várias das atividades do cotidiano, tais como o deslocamento para o trabalho e seu retorno, o cuidado com a casa, subir e descer escadas, por exemplo, contribuem para a melhora do estado de saúde dos indivíduos.



O Desafio da Adesão

Algumas situações vivenciadas pelos pacientes obesos tem dificultado à adesão e o tratamento adequado do paciente, entre elas, a expectativa irreal do paciente de perder muito peso em pouco tempo, o decepcionar-se quando comete algum abuso com o abandono do tratamento e do plano alimentar, interrompendo o tratamento após a perda de peso inicial e o não aderir a um programa de atividade física regular. Desta forma, o tratamento comportamental é uma técnica terapêutica com efetivo benefício na perda de peso. Pode ser liderada por nutricionistas, psicólogos, e outros profissionais de saúde. Em geral, a terapia em grupo compreende 10 a 15 indivíduos e envolve sessões semanais ou quinzenais de 60 a 90 minutos por 4 a 6 meses,

seguidas de sessões de manutenção, em grupo ou individuais, a cada duas semanas. A longo prazo, reforços a cada 4 a 6 meses são indicados.

Tratamento farmacológico

A meta terapêutica é a perda de 5 a 10% do peso inicial em 3 a 6 meses.

Segundo as diretrizes Brasileiras de Obesidade, elaboradas pela Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Sindrome Metabólica (ABESO), o tratamento medicamentoso está indicado quando:

- IMC maior ou igual a 30 Kg/m2
- IMC maior ou igual a 25 Kg/m2 (ou 27, dependendo do medicamento) na presença de comorbidades

Orlistat:

O orlistat é uma agente antiabsortivo utilizado na dose de 120 mg três vezes ao dia, sendo administrado antes, durante ou logo após as principais refeições. Tem como maiores efeitos adversos flatulência, urgência ou incontinência fecal, sobretudo se a dieta for rica em gorduras. Está contraindicado nos casos de síndrome de má absorção e nos casos de colestase.

Sibutramina:

A sibutramina é um inibidor da captação de noradrenalina e de serotonina que produz dois efeitos: aumento da saciedade e aumento de gasto energético. É administrada uma cápsula de 10 mg ao dia, podendo ser ajustada até 15 mg ao dia se não houver perda de 2 kg após um mês. Está contraindicada nos casos de: hipertensão mal controlada, insuficiência renal, disfunção hepática grave, glaucoma, abuso de drogas e doenças cardiovasculares. Deve ser prescrita com muita cautela por aumentar mortalidade em pacientes com doença cardiovascular. Para prescrição é usado receituário B2 sendo necessário o preenchimento do termo de responsabilidade.

Liraglutida:

A liraglutida é um agonista do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1), tem ação hipotalâmica em neurônios envolvidos no balanço energético, em centros ligados a prazer e recompensa e uma ação menor na velocidade de esvaziamento gástrico. A dose aprovada para o tratamento da obesidade foi 3,0 mg ao dia, por via sc. Sendo iniciado com dose de 0,6 mg, sc, ao dia e aumentado progressivamente em intervalos de 01 semana.

Entre os efeitos adversos, náuseas e vômitos ocorreram mais frequentemente em indivíduos em uso de liraglutida, mas foram transitórios e raramente levaram à interrupção do tratamento. Deve-se ter cautela na prescrição da medicação para pacientes com história de pancreatite e câncer de pâncreas.

Medicamentos Off-Label

Os medicamentos *off-label são medicamentos que não possuem indicação em bula para o tratamento da obesidade, mas* que apresentam evidências científicas de potencial benefício na obesidade. O tratamento off-label pode ser usado como alternativa em casos selecionados, desde que seja informado o uso *off-label* ao paciente e documentado em prontuário.

Fluoxetina e outros inibidores da recaptação de serotonina

Alguns inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina e sertralina), usados para tratar depressão, podem proporcionar efeito de perda de peso no curto prazo, embora não tenham indicação formal no tratamento de obesidade. A fluoxetina demonstrou efeito transitório de perda de peso, presente principalmente nos seis primeiros meses de uso, após o qual ocorre recuperação do peso perdido, não sendo por isso indicada para tratamento em longo prazo da obesidade.

Topiramato

Topiramato age sobre diversos neurotransmissores e é aprovado para uso como anticonvulsivante e para tratamento da enxaqueca e tem como efeito colateral

desejado a redução do apetite. Seu uso para esse fim é feito em doses de 25 até 200 mg/dia, sendo que as doses devem ser aumentadas gradualmente para minimizar os efeitos colaterais. Apresenta como principais efeitos adversos sonolência, parestesias, alterações da memória, e dificuldade de concentração.

O topiramato não deve ser usado em mulheres em fase reprodutiva que não estejam usando método anticoncepcional efetivo pelo risco de teratogênese.

Bupropiona

A bupropiona age sobre os receptores adrenérgicos e dopaminérgicos no hipotálamo. Os pacientes com obesidade e com morbidades como depressão unipolar e/ou tabagismo podem se beneficiar do uso de bupropiona. A dose inicial é de 150 mg/dia e pode ser aumentada para até 300 mg/dia. Está contraindicado nos casos de sintomas ansiosos, epilepsia, história de bulimia e/ou anorexia, uso concomitante de inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) e em pacientes descontinuando uso de etanol e/ou benzodiazepínicos. A associação com a naltrexona que é um antagonista do receptor opioide pode potencializar seu efeito na perda de peso. No Brasil somente há naltrexona na dose de 50 mg de liberação convencional, o que pode levar a reações adversas mais intensas.

Tratamento Cirúrgico

A cirurgia bariátrica é um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha documentada de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes uma redução nos índices de mortalidade e melhora de comorbidades clínicas.

O tratamento cirúrgico é uma ação dentro de toda a linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade e tem as seguintes indicações:

a. Idade de 18 a 65 anos e
b. Pacientes com IMC ≥50 kg/m², ou
c. Pacientes com IMC ≥40 kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, documentada por, no mínimo, dois anos, ou

d. Pacientes com IMC >35 kg/m² e com comorbidades, como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal documentada por, no mínimo, dois anos na Atenção Primária.

Tratamento clínico longitudinal é definido como orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de mudança alimentar, atenção psicológica, estímulo a atividade física e farmacoterapia.

O paciente e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por toda a vida.

As contraindicações podem ser absolutas ou relativas:

a. Dependência atual de álcool ou drogas ilícitas;
b. Doenças psiquiátricas graves sem controle;
c. Risco anestésico e cirúrgico inaceitável classificado como ASA-IV;
d. Causas endócrinas tratáveis de obesidade;
e. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado.

PRE-OPERATÓRIO

Para o sucesso da cirurgia bariátrica é absolutamente necessário que o paciente passe por uma minuciosa avaliação multidisciplinar (composta no mínimo por médico, nutricionista, psicólogo e assistente social) no pré-operatório visando avaliação de aspectos clínicos, psicológicos, nutricionais e sociais com a finalidade de identificar e se possível ajustar qualquer fator que possa interferir no resultado do procedimento.

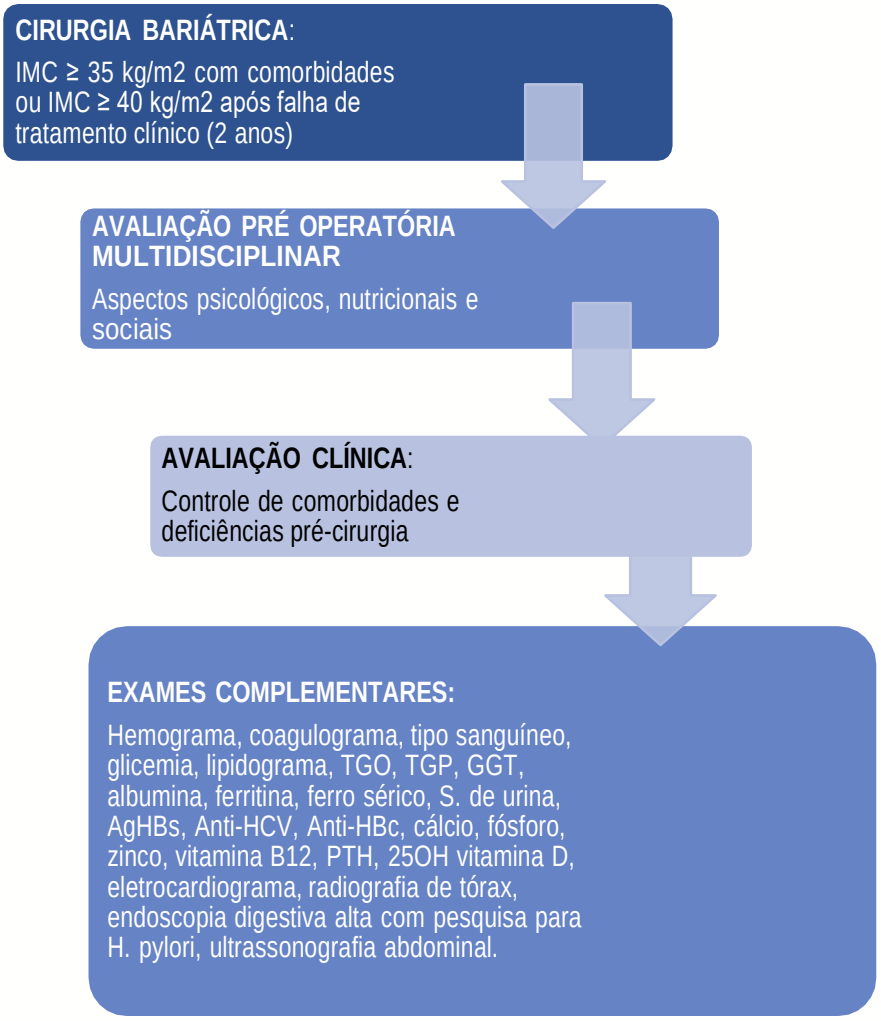
Entre os exames básicos para avaliação pré-operatória devem constar hemograma, coagulograma, tipo sanguíneo, glicemia, lipidograma, função hepática, dinâmica do ferro, exame de urina, sorologia para hepatites virais, eletrocardiograma, radiografia de tórax, endoscopia digestiva alta, ultrassonografia abdominal,

espirometria (na presença de quadros respiratórios) e ultrassonografia com ecodoppler venoso de membros inferiores (na suspeita de risco de tromboembolismo).

O paciente tabagista deve parar de fumar pelo menos 8 a 12 semanas antes da cirurgia assim como devem ser suspensos contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal por 1 mês antes da cirurgia para redução do risco de tromboembolismo.

Deve ser realizado o beta HCG antes do encaminhamento de toda mulher em idade fértil para a cirurgia bariátrica.

Avaliação pré-operatória de cirurgia bariátrica



PÓS OPERATÓRIO

A cirurgia mais realizada nos pacientes do CEDEBA é o Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) que é uma cirurgia mista (componente restritivo e componente disabsortivo). O componente restritivo, reduz o tamanho da cavidade gástrica, e consequentemente a quantidade de alimentos ingerida, além de excluir o duodeno e a parte inicial do jejuno, diminuindo a superfície intestinal em contato com o alimento, e consequentemente sua absorção. Desta forma após o procedimento pode haver deficiência de proteínas, vitaminas e minerais, entre eles vitamina B12, ferro, folato, cálcio, e vitamina D.

A gastrectomia vertical (*sleeve*), técnica que vem ganhando muito espaço atualmente, é um procedimento restritivo onde há redução do reservatório gástrico com remoção do fundo gástrico. Este procedimento apesar de não ter o componente disabsortivo da exclusão de parte do intestino também pode levar a deficiências nutricionais.

O paciente, após o procedimento, deve ser acompanhado por equipe multidisciplinar, composta no mínimo por médico endocrinologista, nutricionista, psicólogo visando educação e manejo clínico e nutricional de forma a prevenir as deficiências nutricionais e detectar precocemente complicações do procedimento cirúrgico. Além das deficiências nutricionais, outros problemas podem ocorrer após o procedimento como hiperparatireoidismo secundário, transtornos alimentares, reganho de peso ou perda inadequada de peso, hipoglicemia pós operatória, perda de massa óssea, alcoolismo, depressão, entre outros.

As pacientes devem ser orientadas a evitar a gestação nos primeiros 18 meses ou até a estabilização do peso.

Desta forma, embora a cirurgia bariátrica seja atualmente o método mais efetivo no tratamento da obesidade, é importante o seguimento adequado do paciente após o procedimento visando minimizar o risco de deficiências nutricionais, tratamento das complicações e controle das comorbidades após o procedimento.

4. Critérios de encaminhamento ao CEDEBA

Paciente de 18 a 60 anos com obesidade grau 3 (IMC > ou = 40) com **ou sem comorbidades ou grau 2 (IMC entre 35 e 40) com pelo menos duas comorbidades relacionadas ao excesso de peso, desde que estejam sensibilizados e predispostos a fazer mudanças de estilo de vida visando perda ponderal e com acompanhamento regular na Atenção Primária por pelo menos 01 ano**

5. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil), Manual de diretrizes para o enfretamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro : ANS, 2017. Disponívelem:http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf Acesso em: 07 abr. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf Acesso em: 31 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. 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. Diário Oficial da União, Brasília, n. 54, Seção 1, p. 23-24, 20 mar. 2013. Disponível em: http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Mar/20/para-conhecimento/portaria-no-424-de-19-de-marco-de-2013-redefine-as Acesso em: 31 mar. 2020.

BURGOS. M.G.P.A. Abordagem Dietoterápica nos Diferentes Procedimentos Cirúrgicos. In: Burgos. M.G.P.A. (Org). Nutrição em Cirurgia Bariátrica. Rio de Janeiro. Rubio. 2011. p.118-126.

HEBER D. et. Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J ClinEndocrinolMetab. 2010 Nov;95(11):4823-43.

PERREAULT, L. Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation. Acessoem: 31 março. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Global recommendations on physical activity for health, Switzerland: WHO, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=B0000D85306837E297BDDE4E801D3706?sequence=1Acessoem: 07 abr. 2020.

NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Av. Luis Viana Filho, 400, Secretaria da Saúde, CAB
1° andar - Sala 112-B - CEP 41.745-900 - Salvador/Bahia

(71) 3115-9650

telessaudeba

CanalTelessaudeBA

WWW.TELESSAUDE.BA.GOV.BR

comunica.telessaude@saude.ba.gov.br

Sedeba
TelessaúdeBA
SUS
GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA - DAB