ISBN 978-85-63059-36-9

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

MANUAL DE DIRETRIZES PARA O ENFRENTAMENTO DA **OBESIDADE** NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

RIO DE JANEIRO
2017

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS
GERÊNCIA DE MONITORAMENTO ASSISTENCIAL
COORDENADORIA DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS

MANUAL DE DIRETRIZES PARA O ENFRENTAMENTO DA **OBESIDADE** NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

VENDA PROIBIDA

ISBN 978-85-63059-36-9

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
Rio de Janeiro
2017

2017. Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na Biblioteca Digital ANS http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html

www.ans.gov.br

Versão *online*

Elaboração, distribuição e informações
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS
Gerência de Monitoramento Assistencial – GMOA
Coordenadoria de Informações Assistenciais – COINF
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20.021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: +55(21) 2105-0000
Disque ANS 0800 701 9656
www.ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES

Equipe Técnica
Katia Audi Curci
Maria Inês Pereira dos Santos
Maria Tereza de Marsillac Pasinato
Renata de Campos Lopes da Silva

Colaboração Técnica
Grupo Multidisciplinar para o Enfretamento da Obesidade na Saúde Suplementar – ANS e Entidades Vinculadas

Coordenação
Gerência de Monitoramento Assistencial – GMOA/GGRAS

Projeto Gráfico
Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Fotografia (capa) – istock photos

Normalização
Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIGES

Ficha Catalográfica

A 265m Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais.
Manual de diretrizes para o enfretamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. – Rio de Janeiro : ANS, 2017.
6.5 MB; ePUB.

1. Saúde suplementar – Obesidade. 2. Obesidade pediátrica. 3. Obesidade – Adolescente. I. Título.

CDD 658.4
Catalogação na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema de orientações para a prevenção da obesidade na infância e adolescência elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP	19
Figura 2	Fluxograma da abordagem em consulta pediátrica sobre atividade física de crianças e adolescentes, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP	23
Figura 3	Fluxograma da abordagem de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP	25
Figura 4	Identificação do Cuidado para os Indivíduos com base no Cálculo do Índice de massa corporal – IMC	28
Figura 5	Redução da ingestão de açúcar, gordura saturada e sal	30
Figura 6	Consumo de frutas, verduras e legumes	31
Figura 7	Aumentando a Prática de Atividade Física	33
Figura 8	Abordagens não recomendadas	34
Figura 9	Avaliação laboratorial no pré e pós-operatório da Cirurgia Bariátrica	36
Figura 10	Acompanhamento multidisciplinar no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Índice de massa corporal – IMC por idade em meninos do nascimento aos cinco anos de idade	16
Gráfico 2	Índice de massa corporal – IMCpor idade em meninos dos cinco aos dezenove anos de idade	17
Gráfico 3	Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas do nascimento aos cinco anos de idade	17
Gráfico 4	Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas dos cinco aos dezenove anos de idade	18

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1. INTRODUÇÃO	9
2. ASPECTOS GERAIS	11
2.1 Dados epidemiológicos da obesidade.	11
2.2 O projeto – A ANS e seus parceiros	12
3. ABORDAGEM NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	15
3.1 Estratégias para prevenção da obesidade infanto-juvenil	18
3.2 Recomendações de atividade física para crianças e adolescentes	21
Recomendação geral	21
Crianças de 0 a 2 anos de idade	21
Crianças de 3 a 5 anos de idade	22
Crianças e adolescentes de 6 a 19 anos de idade	22
3.3 Como abordar a criança e o adolescente com excesso de peso	24
4. ABORDAGEM EM ADULTOS	27
4.1 Recomendações para a adoção de hábitos de vida saudáveis	29
4.1.1 Alimentação saudável	29
4.1.2 Prática de atividade física	32
4.2 Abordagem clínica da obesidade	33

4.2.1 Tratamento medicamentoso 34

4.2.2 Tratamento cirúrgico 35

CONSIDERAÇÕES FINAIS 39

REFERÊNCIAS 41

APRESENTAÇÃO

A obesidade é uma doença crônica cujo avanço tem se dado de forma acelerada em todo o mundo nos últimos anos. No Brasil, a situação não é diferente. Estima-se que mais de metade da população brasileira esteja com excesso de peso ou obesidade. Com o intuito de analisar a questão sob o ponto de vista das possibilidades de ação no setor de saúde suplementar foi criado em março de 2017 o Grupo Multidisciplinar para Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar. Esse Grupo foi composto por pesquisadores, técnicos da ANS e representantes de diversas entidades públicas e privadas, entre elas:

- Organização Pan-americana de Saúde – OPAS;
- Ministério da Saúde;
- Instituto Nacional do Câncer – INCA;
- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ;
- Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP;
- Conselho Federal de Nutrição – CFN;
- Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS;
- Serviço Social da Indústria – SESI;
- Serviço Social do Comércio – SESC; Serviço Social do Comércio de São Paulo - SESC SP;
- Conselho Federal de Educação Física – CONFEF;
- *Endocrinology and Sports Medicine*;
- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO;
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO;
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM;
- Site Panelinha.

O Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira resulta dos debates e discussões empreendidos no âmbito do Grupo Multidisciplinar e se soma a uma série de ações voltadas para a adoção de um modelo de atenção à saúde integral e mais centrado nas necessidades dos indivíduos. A publicação apresenta um esforço para reunir e trazer esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre a temática da obesidade, como uma importante ferramenta para o enfrentamento da situação epidêmica deste agravo à saúde.

Espera-se que este material seja amplamente utilizado como balizador das ações a serem implementadas pelo setor regulado, no que se refere ao cuidado do excesso de peso e obesidade, unificando-se assim, a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a própria sustentabilidade de todo o setor em uma só estratégia para seu enfrentamento.

Boa Leitura!

1.INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde no mundo (WHO, 2010). O estudo Global Burden of Disease Brasil – GBD (SOUZA, FRANÇA e CAVALCANTE, 2017), apontou aumento da obesidade, glicemia de jejum e uso de álcool consistente com os dados da maioria dos países no mundo. O excesso de peso e a obesidade constituem o segundo fator de risco mais importante para a carga global de doenças e estão associados com várias doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon, de reto e de mama, cirrose, entre outras. De acordo com a OMS, mais de 1,6 bilhão de adultos se encontra com excesso de peso no mundo e pelo menos 400 milhões estão obesos (WHO, 2006). Os dados do GBD 2015 indicam crescimento para 604 milhões de adultos e 112 milhões de crianças em todo o mundo com obesidade, além de a prevalência ter dobrado entre 1980 e 2015 em mais de 70 países do mundo GBD (SOUZA, FRANÇA e CAVALCANTE, 2017). No Brasil, a situação não é diferente. Estudos apontam que a obesidade vem crescendo cada vez mais. De acordo com os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, mais de 50% da população adulta está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade.

Sabe-se que a obesidade é uma doença multifatorial, recidivante e muitas vezes silenciosa, e se não prevenida e cuidada corretamente, tem um impacto devastador na vida do indivíduo, bem como na economia do País. A prevenção e o tratamento da obesidade se caracterizam por uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar.

Dessa forma, a proposta de enfrentamento do excesso de peso e da obesidade requer ação de diversos setores da sociedade, e não apenas do setor de saúde.

No âmbito de suas competências, a ANS tem buscado, ao longo dos anos, estimular as operadoras de planos de assistência à saúde a repensarem a organização das suas redes de atenção, no intuito de rediscutir as formas usuais de organização dos serviços de saúde, tendo por objetivo: o monitoramento dos fatores de risco, o gerenciamento de doenças crônicas, e a compressão da morbidade e diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidades.

Neste contexto, a ANS, por meio da Gerência de Monitoramento Assistencial – GMOA/GGRAS da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, criou um grupo multidisciplinar para conduzir o Projeto de Enfrentamento do Excesso de Peso e Obesidade na Saúde Suplementar, estimulando o engajamento dos atores do setor em uma visão ampliada de saúde.

O objetivo do grupo foi reunir diretrizes que apontassem para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado da obesidade, compondo uma orientação criteriosa, à qual as operadoras de planos de saúde pudessem se basear. O grupo teve seu trabalho pautado em estudos científicos publicados no Brasil e no exterior e nos dados epidemiológicos sobre os beneficiários de planos de saúde.

A utilização de Diretrizes baseadas em evidências científicas permite que os profissionais de saúde, no setor suplementar, identifiquem melhor e com mais facilidade o risco e o caminho a ser percorrido pelo indivíduo com excesso de peso e obesidade, e seu monitoramento por meio

de indicadores de acesso, da qualidade e do nível de coordenação do cuidado para todas as faixas etárias. Essas mesmas diretrizes permitem a implementação de ações de promoção, prevenção e realização de busca ativa para que seja feito o diagnóstico precoce; continuidade entre o diagnóstico e o tratamento; informação compartilhada e tratamento mais adequado e em tempo oportuno, para que o paciente com excesso de peso consiga seguir o percurso ideal para o cuidado, da prevenção ao pós-tratamento, incluindo todos os níveis de atenção.

Estudo recente, baseado em revisão sistemática da literatura com metanálise, demonstrou que as intervenções para perda de peso na obesidade reduzem a mortalidade em 6 casos por 1000 indivíduos obesos por várias causas associadas, particularmente doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. As intervenções, especialmente de reeducação alimentar com redução na ingestão de gorduras totais e saturadas, podem reduzir a mortalidade por doenças crônicas (MA, et al., 2017).

2. ASPECTOS GERAIS

2.1 Dados epidemiológicos da obesidade

Em 2013 a Pesquisa Nacional de Saúde contabilizou que 56,9% (IBGE, 2015) da população brasileira apresenta excesso de peso e a obesidade acomete quase 30 milhões de adultos. Segundo dados da pesquisa VIGITEL Brasil 2015 Saúde Suplementar (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017)[1], a proporção de beneficiários de planos de saúde com excesso de peso vem aumentando desde 2008, tendo passado de 46,5% em 2008 para 52,3% em 2015. O mesmo observado para a proporção de obesos, que aumentou de 12,5% para 17,0% no mesmo período. No conjunto das 27 cidades pesquisadas, a frequência de excesso de peso foi de 52,3%, sendo maior entre os homens (60,4%) do que entre as mulheres (45,9%). Com relação à obesidade, no conjunto das 27 cidades, a frequência de adultos obesos foi de 17,0%, sendo maior em homens (18,0%) do que em mulheres (16,2%) (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

São consideradas com excesso de peso pessoas com índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 25, e obesas as que possuem IMC igual ou acima de 30. O resultado é obtido pela divisão do peso do indivíduo pela altura ao quadrado.

É amplamente conhecida a influência da obesidade no desenvolvimento de diversas doenças que reduzem a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes.

A obesidade é considerada uma doença crônica, multifatorial e o distúrbio nutricional mais comum na infância. O aumento crescente do número de obesos no mundo indica a grande participação do ambiente na gênese da doença, com hábitos dietéticos, sedentarismo e fatores psicossociais, responsáveis por 95% dos casos. Cerca de 5% dos pacientes obesos exibirão alguma causa identificada sendo 2% associados a síndromes genéticas raras, e o restante a causas endócrinas e secundárias a medicamentos (MORETZSOHN; ROCHA; CAETANO, 2016). Pode ser classificada didaticamente em obesidade endógena, secundária a doenças ou uso de medicamentos e exógena, resultado de uma interação entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais em que a ingestão alimentar é maior que o gasto energético.

O tratamento da obesidade implica melhora ou resolução de várias doenças associadas. É importante ressaltar que apenas 10% dos pacientes com obesidade são diagnosticados e porcentagem inferior a 2% dos mesmos recebem tratamento para obesidade. Sabe-se que o tratamento clínico (mudança de estilo de vida e medicamentos) reduz em média 10% do peso corporal, daí a importância de um diagnóstico e intervenção precoces. E o tratamento cirúrgico da obesidade reduz em média 30% do peso corporal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

1 VA pesquisa Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – consiste um inquérito telefônico realizado nas capitais e Distrito Federal com o objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, quatro em cada cinco crianças obesas permanecerão obesas quando adultas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Os períodos mais críticos para o desenvolvimento da obesidade são: fase intrauterina, os primeiros dois anos de vida e a adolescência.

2.2 O projeto – A ANS e seus parceiros

O caráter multifatorial da doença e a necessidade de implementação de políticas inter setoriais consiste na principal premissa para o enfrentamento da obesidade no âmbito da Saúde Suplementar. Para tanto, é necessário o envolvimento dos diversos atores com papéis específicos que precisam se complementar, sendo eles: beneficiários, conselhos profissionais, empresas contratantes de planos de saúde, meios de comunicação, operadoras de planos de saúde, escolas, órgãos governamentais, pesquisadores, prestadores de serviços, sociedades de especialistas e universidades.

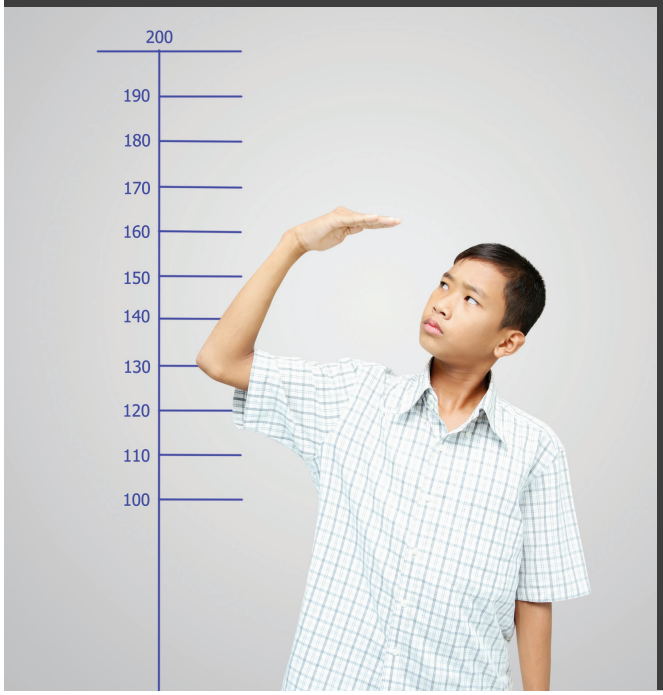
Com o objetivo de promover melhorias e incentivos na atenção à saúde relacionada ao combate à obesidade e excesso de peso entre beneficiários de planos de saúde, a ANS criou o Grupo Multidisciplinar para Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar. Este Grupo foi composto por pesquisadores e técnicos da ANS, e representantes de diversas Entidades, entre elas:

- Organização Pan-americana de Saúde – OPAS;
- Ministério da Saúde;
- Instituto Nacional do Câncer – INCA;
- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ;
- Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP;
- Conselho Federal de Nutrição – CFN;
- Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS;
- Serviço Social da Indústria – SESI;
- Serviço Social do Comércio – SESC; Serviço Social do Comércio de São Paulo – SESC SP;
- Conselho Federal de Educação Física – CONFEF;
- Endocrinology and Sports Medicine;
- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO;
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO;
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM;
- Site Panelinha.

Participaram também especialistas e representantes do setor regulado dedicados à pesquisa sobre o tema.

A partir dos resultados dos trabalhos do grupo constituído se procurou sair do modelo assistencial hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos fragmentados e baseado na demanda espontânea, promovendo a coordenação do cuidado centrada na necessidade do beneficiário,

com ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, integrados à rede de atenção à saúde, articulando-se todo o processo de cuidado em saúde para que se possa observar a melhoria dos desfechos clínicos e a redução nas taxas de morbimortalidade dos beneficiários.


200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100

3. ABORDAGEM NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Para a abordagem do excesso de peso e da obesidade na infância, é de suma importância a identificação de fatores de risco para o seu desenvolvimento e definição de intervenções apropriadas visando a prevenção e o manejo desta doença, que devem ser prioridade em saúde pública. Sua prevenção deve começar desde o pré-natal, com a identificação de fatores de risco familiar, a orientação e o monitoramento do estado nutricional da gestante.

O excesso de peso na infância aumenta o risco de obesidade na adolescência e consequentemente na vida adulta, com graves consequências para a saúde. O aumento da incidência da obesidade pode ter impacto na expectativa de vida a ponto de interromper sua tendência de crescimento. Compreender as relações entre hipertensão e obesidade em adolescentes e diferentes características socioeconômicas e comportamentais pode ajudar na elaboração de estratégias mais eficazes de prevenção da obesidade em jovens, de forma a reduzir suas complicações, entre elas a hipertensão arterial, e garantir não só a tendência de crescimento da expectativa de vida, mas também a qualidade de vida das futuras gerações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

De acordo com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (IBGE, 2010), coletados entre 2008 e 2009, no Brasil, 15% das crianças na faixa de 5 a 9 anos estavam obesas e 37% com excesso de peso. Na faixa de 10 a 19 anos, as taxas de excesso de peso eram de 34,8% para meninos e 32% para meninas, e de obesidade eram, respectivamente, de 16,6% em meninos e 11,8% em meninas (IBGE, 2010).

Mais recentemente, o estudo populacional de base escolar ERICA[2] - Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes constatou taxa de obesidade de 8,4% entre os adolescentes, sendo mais alta na região Sul, atingindo 12,5% do total. O excesso de peso foi constatado em 17,1% do total de estudantes (BLOCH et al., 2016[)].

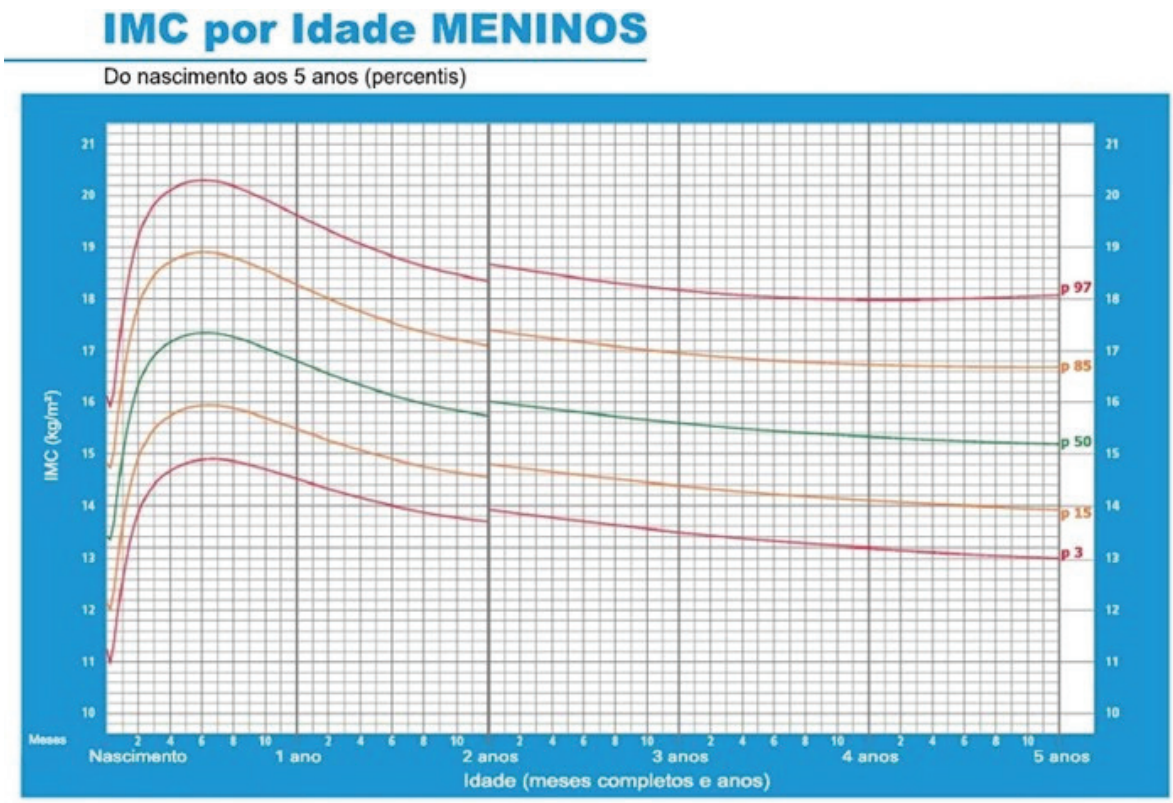
Os fatores de risco para desenvolvimento de obesidade na infância são: prematuridade, bebês pequenos para idade gestacional (PIG), bebês grandes para idade gestacional (GIG), filhos de mães diabéticas, pais obesos, interrupção precoce do aleitamento materno e introdução inadequada da alimentação complementar, com oferta de alimentos ricos em gorduras e açúcares e o uso de leite de vaca antes de um ano de idade (WEFFORT; LAMOUNIER, 2017). Além dos determinantes biológicos, a forte influência do ambiente no desenvolvimento da obesidade infantil também deve ser considerada, e medidas que incidam no ambiente alimentar devem ser desenvolvidas e apoiadas.

2 "O ERICA é um estudo multicêntrico nacional que tem por objetivo conhecer a proporção de adolescentes com diabetes mellitus e obesidade, assim como traçar o perfil dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (como níveis de lipídios e pressão arterial, entre outros) e de marcadores de resistência à insulina e inflamatórios nessa população. Para isso foram avaliadas as condições de saúde de cerca de 75 mil estudantes entre 12 e 17 anos, de 1.247 escolas brasileiras, públicas e particulares, distribuídas pelas 122 cidades participantes – incluindo todas as capitais." Fonte: http://erica.ufrj.br/apresentacao. Acesso em: 24 nov. 2017.

Os períodos críticos para desenvolvimento da obesidade são, levando-se em consideração os fatores de risco, o período intrauterino, o primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos e adolescência. Os profissionais de saúde, em especial o pediatra, devem estar atentos aos fatores de risco associados a estas faixas etárias e monitorar o crescimento e desenvolvimento destas crianças, orientando os pais quanto à alimentação saudável, controle do tempo de tela a que as crianças e adolescentes estão submetidos (TV, tablet, celular e jogos eletrônicos) e prática de atividade física.

O monitoramento dos dados antropométricos pode ser feito utilizando os gráficos de IMC do Ministério da Saúde, inseridos na caderneta de saúde da criança. O preenchimento adequado destes gráficos nas consultas de rotina permite que o profissional de saúde detecte desvios na curva e mudança nos canais de z *escore* (desvios em relação à média da população) e oriente a família quanto à importância da prevenção da obesidade (WEFFORT; LAMOUNIER, 2017).

Gráfico 1 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninos do nascimento aos cinco anos de idade.



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

Gráfico 2 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninos dos cinco aos dezenove anos de idade.

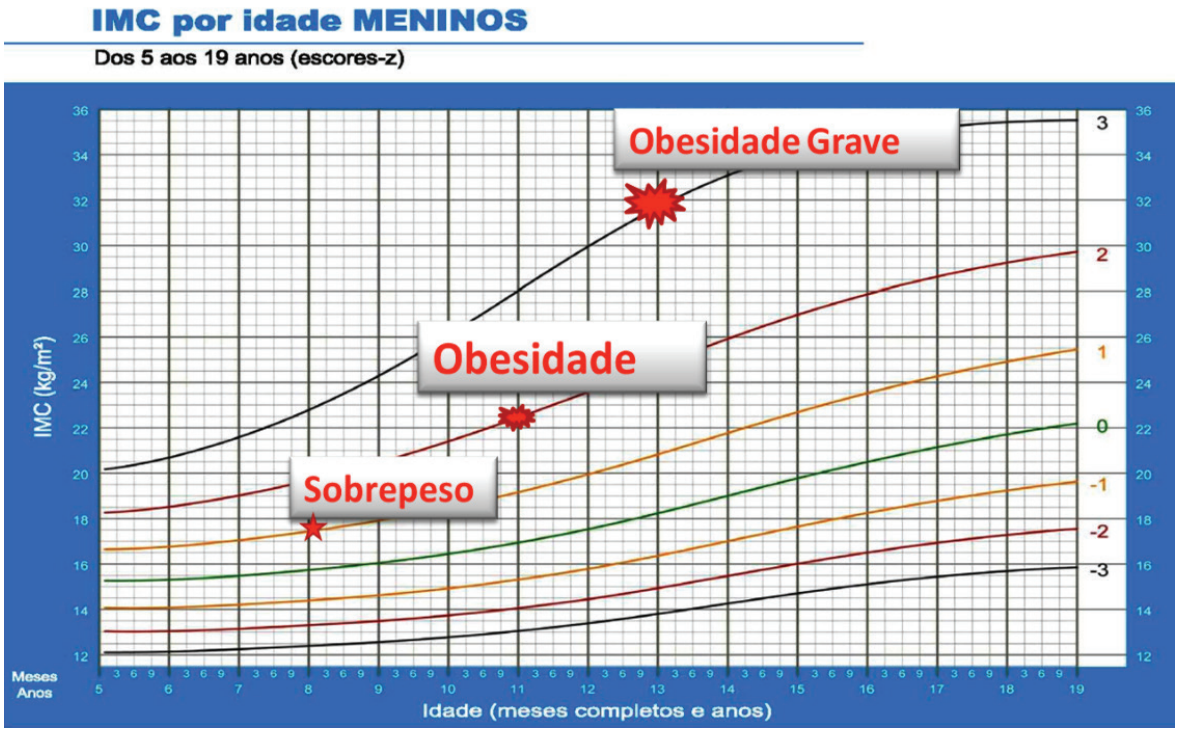
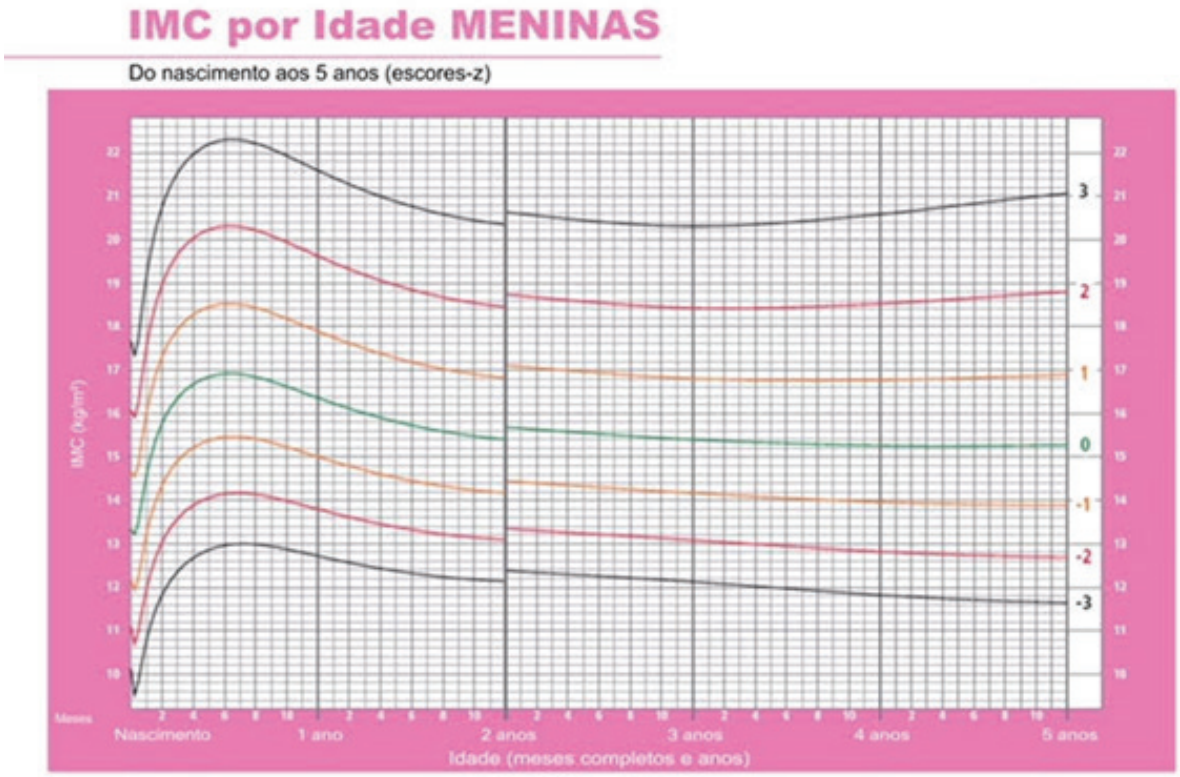
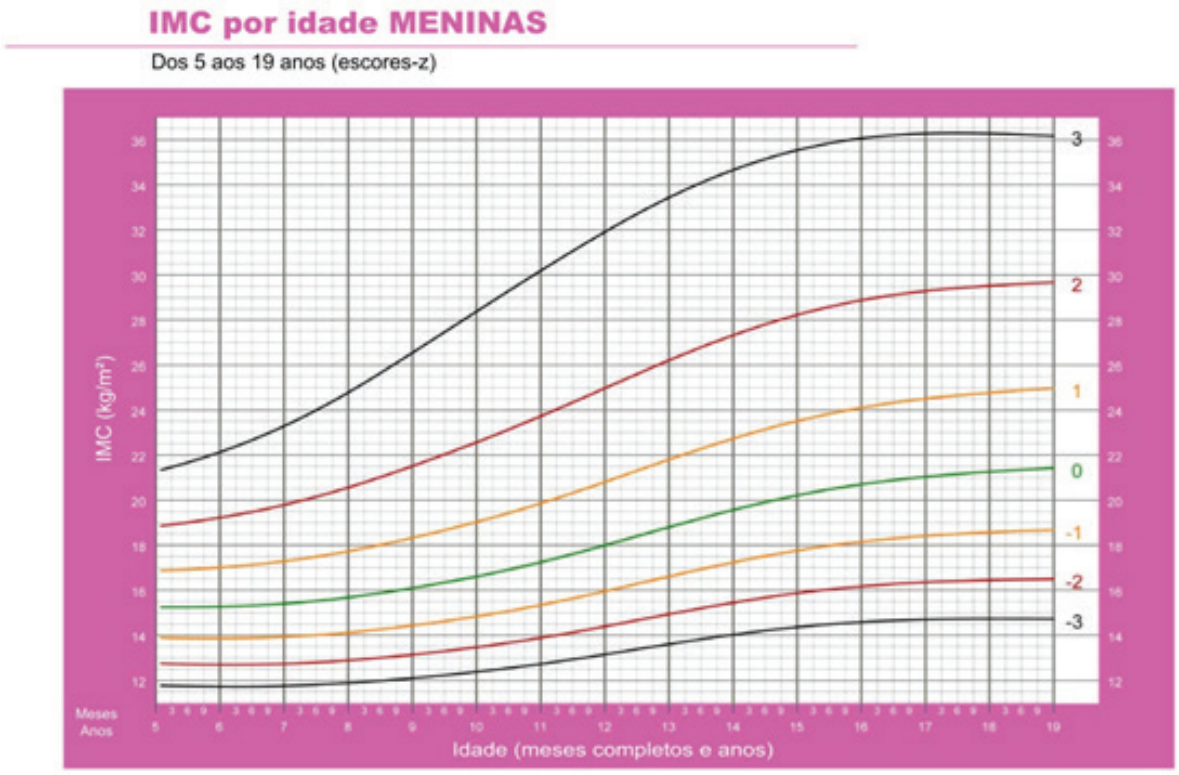


Gráfico 3 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas do nascimento aos cinco anos de idade.



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

Gráfico 4 – Índice de massa corporal – IMC por idade em meninas dos cinco aos dezenove anos de idade.



Fonte: WHO Growht reference data for 5-19 years, 2007 (http://www.who.int/growthref/en/)

3.1 Estratégias para prevenção da obesidade infanto-juvenil

As estratégias para a prevenção da obesidade infanto-juvenil devem se basear em:

- Desenvolvimento de ações educativas de promoção da alimentação saudável desde o pré-natal;
- Promoção do aleitamento materno;
- Introdução adequada de alimentação complementar, de acordo com as recomendações técnicas;
- Estímulo ao conhecimento sobre a importância da atividade física e práticas corporais no desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Promoção de atividades físicas lúdicas e recreativas;
- Observação do comportamento sedentário;
- Promoção adequada de horas de sono;
- Controle do tempo de tela a que crianças e adolescentes estão submetidos (TV, tablet, celular e jogos eletrônicos);
- Identificação dos pacientes de risco.

A Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP elaborou um esquema de orientações para a prevenção do excesso de peso e da obesidade na infância e adolescência, conforme figura 1, abaixo.

Figura 1 – Esquema de orientações para a prevenção da obesidade na infância e adolescência elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP.

Pré natal	Primeiros 2 anos	Pré-escolar	Escolar	Adolescente
Identificar fatores de risco familiar: diabetes, doenças cardiovasculares	Estimular o aleitamento materno exclusivo por 6 meses	Estimular consumo de frutas, legumes e verduras	Estimular consumo de frutas, legumes e verduras	Estimular consumo de frutas, legumes e verduras
Monitorar o estado nutricional da gestante	Manter aleitamento por 2 anos ou mais complementado	Orientar quanto a merenda escolar (consumo de salgados e bebidas açucaradas)	Orientar quanto a merenda escolar (consumo de salgados e bebidas açucaradas)	Evitar consumo exagerado de alimentos industriaizados e fast-food
Orientação nutricional	Orientar a alimentação complementar a partir de 6 meses	Prática de atividade física moderada	Promover atividade física moderada a vigorosa diariamente	Atividade física diária moderada a vigorosa
	Não adicionar sal na comida até 1 ano e evitar açúcar de adição até 2 anos	Limitar tempo de tela a < 2 horas por dia	Limitar tempo de tela a < 2 horas por dia	Alertar para consumo exagerado de sódio, açúcar e gordura saturada
	Promover atividade física lúdica e recreativa	Promover horas adequadas de sono (10 a 13 horas por noite)	Promover horas adequadas de sono (9 a 11 horas por noite)	Diminuir horas de sedentarismo/ reduzir tempo de tela
				Promover horas adequadas de sono (8 a 10 horas por noite)

Açúcar de adição: < 25 g por dia (6 colheres de chá) (8)
Sódio: < 2 gramas de sódio por dia (ou menos de 5 g de sal = < 1 colher de chá)
Gorduras saturadas: < 10 % VET e trans: < 1 % VET (5)

Fonte: Adaptado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012

Em relação à promoção da alimentação saudável, sugere-se utilizar como referência o Guia Alimentar da População Brasileira. A 2ª edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014 (BRASIL, 2014), aborda quais cuidados e caminhos são recomendados para se alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. Para tanto, o Guia apresenta desde os cuidados que se deve ter ao escolher os alimentos, passando pela preparação das refeições e pelo próprio ato de comer. Especificamente no caso das crianças e adolescentes, salientam-se os seguintes aspectos:

- Escolher com consciência os alimentos, observando-se as quatro categorias definidas de acordo com o tipo de processamento empregado na sua produção: alimentos in natura ou minimamente processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados;
- Tornar os alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação;
- Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Desde que utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos in natura ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada;
- No primeiro ano de vida, o sal não deve ser adicionado à papinha da criança, assim como o açúcar. Outros temperos podem ser utilizados como: o alho, a cebola, o manjericão, etc.;
- Limitar o uso de alimentos processados, consumindo-os em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados;
- Dar preferência aos alimentos in natura ou minimamente processados nas preparações culinárias;
- Evitar alimentos ultraprocessados.

DEFINIÇÕES

ALIMENTOS IN NATURA - são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza.

ALIMENTOS MINIMAMENTE PROCESSADOS - são alimentos in natura que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Exemplos incluem grãos secos, polidos e empacotados ou moídos na forma de farinhas, raízes e tubérculos lavados, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado.

ALIMENTOS PROCESSADOS – fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos in natura para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar.

ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS – formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas) derivados de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

3.2 Recomendações de atividade física para crianças e adolescentes

Recomendação geral

Ser fisicamente ativo todos os dias é importante para a promoção da saúde integral de crianças e adolescentes. É fundamental que as atividades sejam prazerosas e adequadas ao estado individual de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente. Enquanto é essencial para todos serem fisicamente ativos, concentrar-se nas crianças antes dos dez anos de idade pode mudar a trajetória da próxima geração.

Evidências indicam que a atividade física durante a infância e a adolescência pode contribuir para o enfrentamento da obesidade ao menos por três caminhos:

> I) A prática de atividade física na infância e adolescência auxilia no equilíbrio do balanço energético e, consequentemente, na prevenção e tratamento da obesidade e de doenças relacionadas à obesidade nesta fase da vida;
> II) Jovens ativos tendem a se tornar adultos ativos, aumentando o gasto energético durante todo o ciclo de vida;
> III) Jovens ativos possuem menor probabilidade de desenvolver obesidade e doenças relacionadas à obesidade na fase adulta. Por outro lado, jovens inativos têm mais de 90% de chance de se tornarem adultos sedentários (HEARNSHAW; MATYKA, 2010).

Crianças de 0 a 2 anos de idade

Bebês devem ser incentivados a serem ativos, mesmo que por curtos períodos, várias vezes ao dia, como brincar, engatinhar e arrastar. Aqueles que ainda não começaram a se arrastar/engatinhar devem ser encorajados a serem fisicamente ativos alcançando, segurando, puxando e empurrando, movendo a cabeça, corpo e membros durante as rotinas diárias e durante atividades supervisionadas no chão, incluindo tempo em decúbito frontal.

Crianças que conseguem andar sozinhas devem ser fisicamente ativas todos os dias, durante pelo menos 180 minutos, em atividades que podem ser fracionadas durante o dia em ambientes fechados ou ao ar livre, como: ficar de pé, movendo-se, rolando e brincando, além de saltar, pular e correr. Essas crianças não devem permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos, exceto quando estão dormindo. O comportamento sedentário representa o tempo em que as crianças estão fazendo muito pouco movimento físico, como passear de carro, ficar no colo, ou no carrinho de bebê. Permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos não é benéfico para a saúde e para o desenvolvimento da criança e deve ser evitado.

Outra recomendação importante até os dois anos é que o “tempo de tela” (TV, tablet, celular, jogos eletrônicos) seja zero.

Crianças de 3 a 5 anos de idade

Crianças dessa faixa etária devem acumular pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade distribuída ao longo do dia. As brincadeiras ativas como: andar de bicicleta, atividades na água, jogos de perseguir e jogos com bola são as melhores maneiras para essa faixa etária se movimentar.

A partir dos três anos de idade atividades físicas estruturadas, como natação, danças, lutas, esportes coletivos, entre outras, também podem ser incluídas.

Recomenda-se que o "tempo de tela" seja limitado em até duas horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor.

Crianças e adolescentes de 6 a 19 anos de idade

Crianças e adolescentes dessa faixa etária devem acumular pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, tais como pedalar, nadar, correr, saltar e outras atividades que tenham, no mínimo, a intensidade de uma caminhada.

A recomendação da OMS é que os jovens de 5 a 17 anos devem acumular ao menos 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a alta. A ideia é atingir esta meta realizando atividades distribuídas em períodos menores durante o dia (trinta minutos pela manhã e mais trinta à tarde, por exemplo) (WHO, 2010). Qualquer tempo superior a esta recomendação mínima resulta em benefícios adicionais para a saúde.

Atividades de intensidade vigorosa, incluindo as resistidas - aquelas que predominantemente sejam capazes de fortalecer músculos e ossos a partir de sobrecargas, em especial o próprio peso corporal para, progressivamente, utilizar outras formas, como sobrecargas externas, como ocorre na musculação - devem ser realizadas em, pelo menos, três dias por semana, com vinte e cinco minutos de duração por sessão. Para a população pediátrica essas atividades podem ser não estruturadas, como brincadeiras que incluam saltos, atividades de empurrar, puxar e apoiando/suportando o peso corporal.

Crianças e adolescentes devem ser encorajados a participar de uma variedade de atividades que contribuam para o desenvolvimento natural, tais como, caminhadas, andar de bicicleta, praticar esportes diversos, se envolver em jogos e brincadeiras tradicionais da comunidade em que estão inseridas.

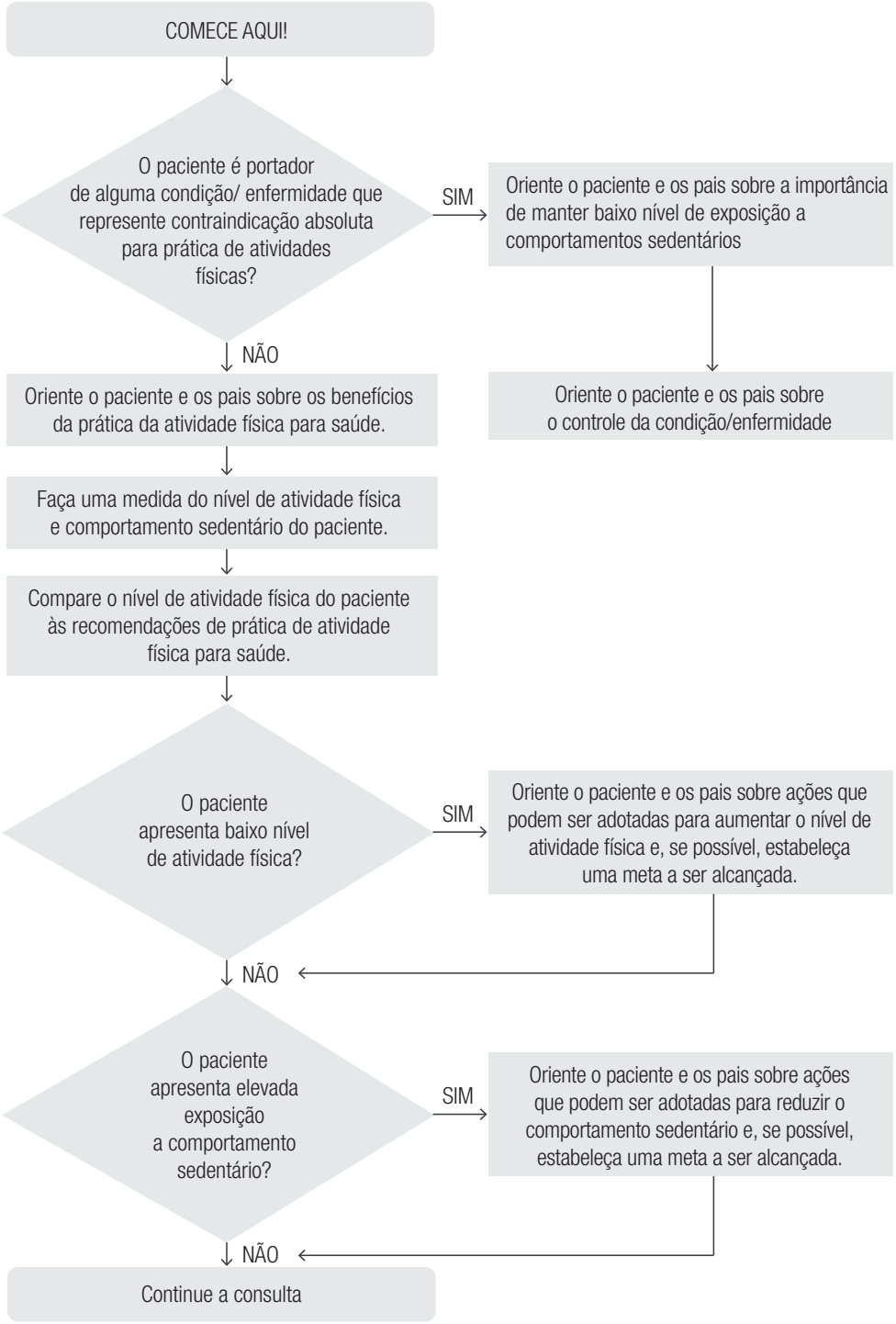
Para crianças e jovens caracterizados por um comportamento mais sedentário, aconselha-se um aumento progressivo no nível de atividade até que se atinja a meta mencionada acima. É melhor começar com um volume menor de atividade física e, com o tempo, ir aumentando sua duração, frequência e intensidade.

Assim como para crianças de 3 a 5 anos de idade, comportamentos sedentários devem ser evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em duas horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor. Porém, este limite não deve levar em

consideração o tempo destinado ao uso de computador para realização de tarefas escolares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O fluxograma abaixo, elaborado pela SBP, demonstra a abordagem sobre a atividade física de crianças e adolescentes a ser realizada em consultas pediátricas:

Figura 2 – Fluxograma da abordagem em consulta pediátrica sobre atividade física de crianças e adolescentes, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP.



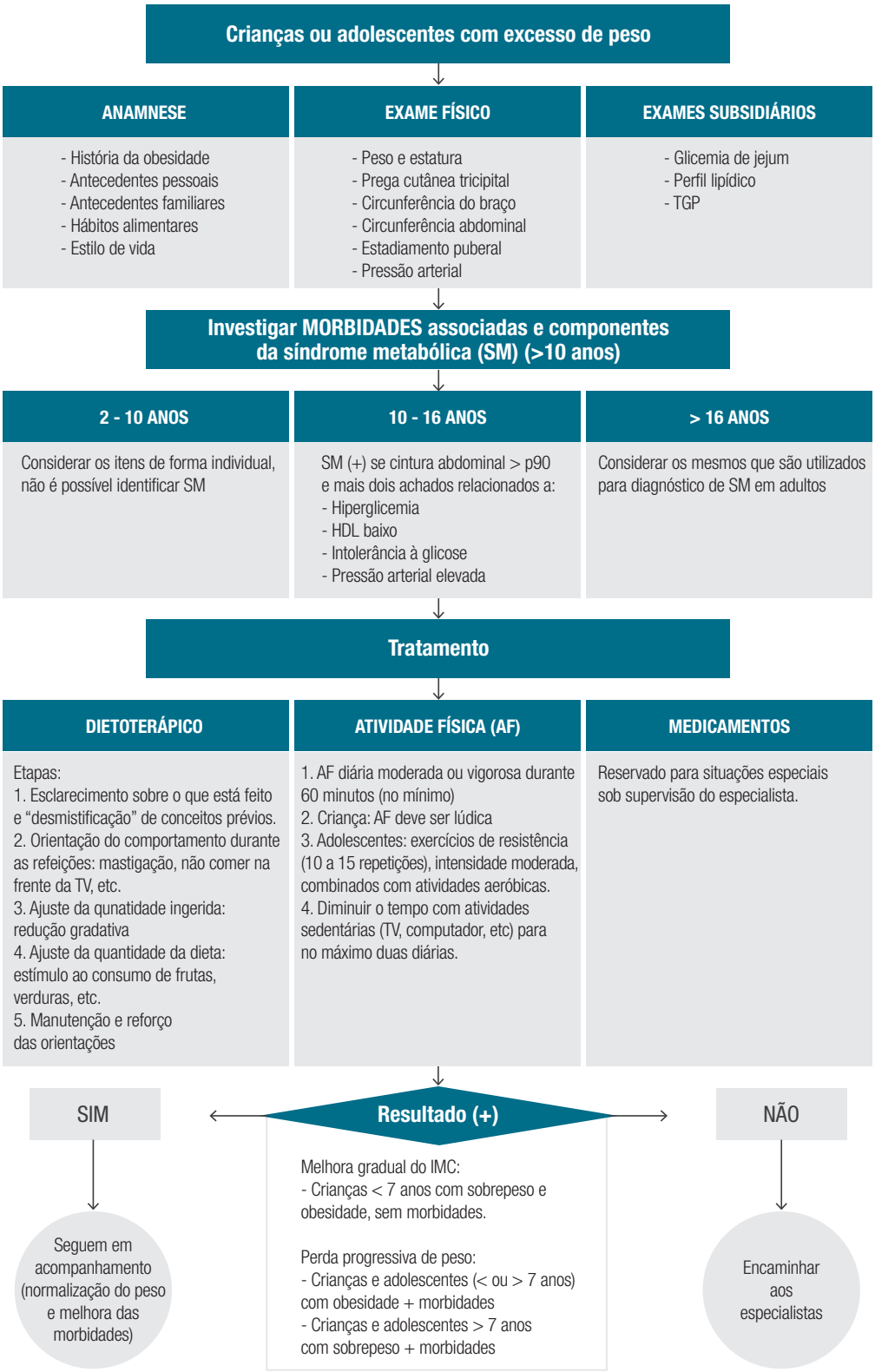
Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017.

3.3 Como abordar a criança e o adolescente com excesso de peso

A obesidade é atualmente a doença pediátrica mais comum, e as crianças estão formando a primeira geração a ter uma expectativa de vida menor que a de seus pais. A prevenção é a única maneira de deter o avanço desta epidemia e todos os setores da sociedade - escolas, governo, sociedades científicas, indústrias alimentícias e mídia - devem se envolver com este propósito (MORETZSOHN; ROCHA; CAETANO, 2016).

A SBP elaborou o fluxograma ao lado para orientar a abordagem dos profissionais de saúde a crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade:

Figura 3 – Fluxograma da abordagem de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP.



Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012.

Com relação à indicação de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes, não está claro se algum perfil de paciente - criança ou adolescente - pode se beneficiar do tratamento cirúrgico.

Os estudos que envolvem indivíduos nessa faixa etária são predominantemente observacionais, com amostras heterogêneas e pequenas e seguimento apenas em curto prazo. Mais estudos, com amostras bem selecionadas e acompanhamento de longo prazo são necessários antes de se considerar a cirurgia bariátrica como uma alternativa para crianças e adolescentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012a).

4. ABORDAGEM EM ADULTOS

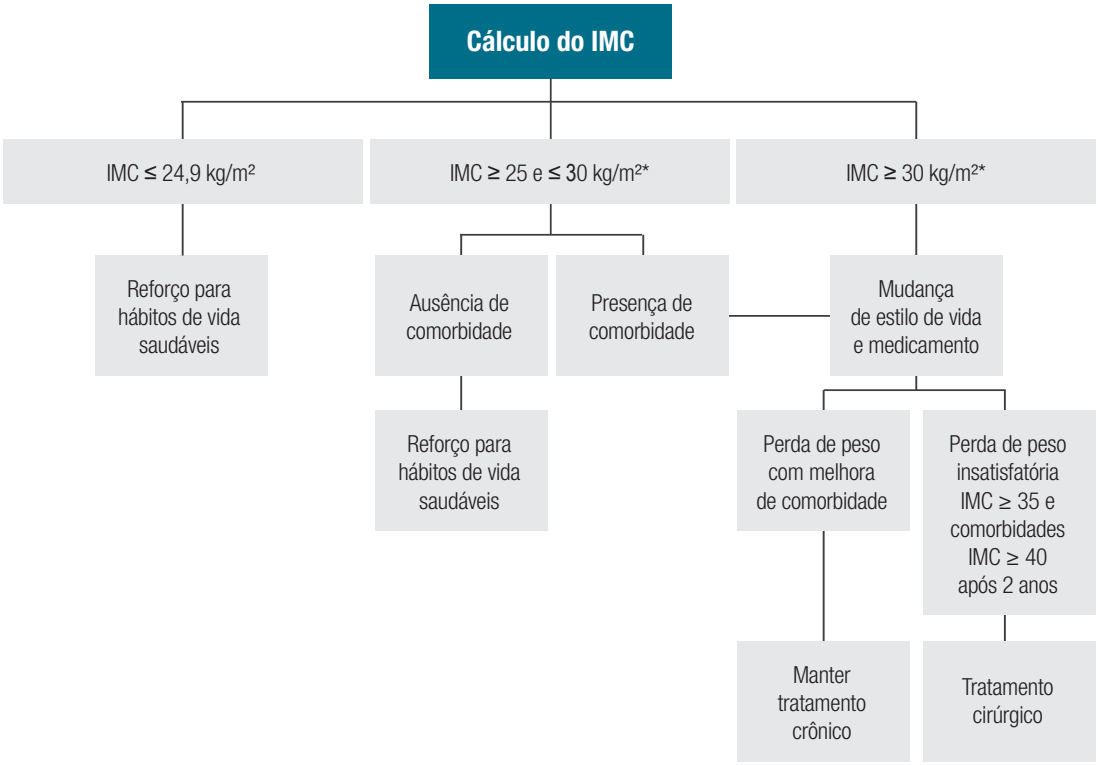
O excesso de peso e a obesidade constituem grandes desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas públicas, considerando-se que atualmente uma expressiva parcela da população se encontra nessa condição. Além de comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, o excesso de peso e a obesidade, como já mencionado, estão associados com as doenças crônicas não transmissíveis, tais como: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer.

No âmbito do Grupo de Trabalho para o Enfrentamento do Excesso de Peso e Obesidade da ANS, foram desenvolvidas recomendações para a prevenção, o diagnóstico e a abordagem dos pacientes com excesso de peso e obesidade em serviços de saúde, de forma a simplificar seu entendimento por parte de todos os profissionais envolvidos. É necessário ressaltar que as recomendações apresentadas não substituem o suporte e o cuidado demandados no tratamento e acompanhamento dos pacientes com excesso de peso e obesidade.

É recomendado que o cálculo do IMC seja realizado para todos os pacientes que procuram a rede prestadora de serviços ambulatorial e hospitalar. A captação deste dado de saúde irá permitir o direcionamento para estratégias de prevenção e tratamento precoce (orientação para prática de atividade física, consulta com nutricionista, endocrinologista, fornecimento por meio digital ou impresso de informações relevantes sobre o tema), reduzindo morbimortalidade do indivíduo e de custos no sistema de saúde. A Figura 4 apresenta as condutas a serem adotadas com os pacientes

após a estratificação realizada com base no cálculo do IMC. Ressalta-se que para indivíduos acima de 60 anos o critério para classificação do estado nutricional é diferente, sendo eutróficos aqueles com IMC entre 22 e 27 kg/m² e sobrepeso IMC >27 kg/m² (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Figura 4 – Identificação do Cuidado para os Indivíduos com base no Cálculo do Índice de massa corporal – IMC.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Sumarizando as alternativas de cuidados apresentadas na figura 4, podemos identificar duas abordagens a serem trabalhadas: 1) a adoção de hábitos de vida saudáveis, com base na alimentação adequada e saudável, e a prática de atividade física; e 2) tratamento clínico da obesidade, aqui entendido como a que pode incluir a adoção de medicamentos e, em casos específicos, da realização de cirurgia bariátrica.

4.1. Recomendações para a adoção de hábitos de vida saudáveis

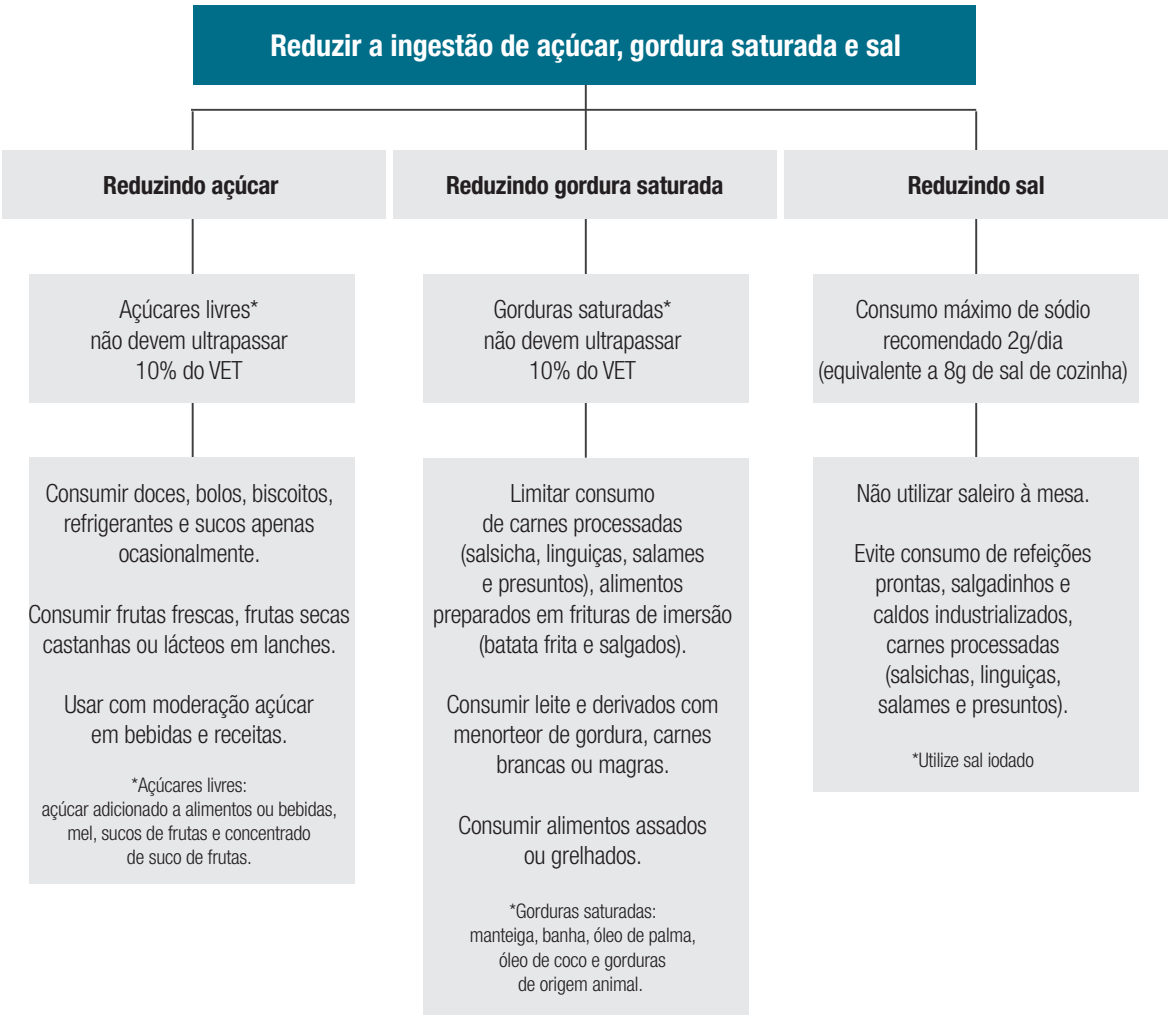
4.1.1 Alimentação saudável

Um dos alicerces para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade reside na promoção da alimentação saudável. A 2ª edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014, aborda quais cuidados e caminhos são recomendados para se alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. Para tanto, o Guia apresenta desde os 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 abaixo transcritos (BRASIL, 2014, p.127-128):

> "1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a 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 que possível, com companhia.
> 6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente 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."

O consumo excessivo de açúcar, gordura saturada e sal estão relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, incluindo obesidade. Dessa forma, é importante que o consumo desses ingredientes seja realizado com moderação, seguindo as recomendações nutricionais estabelecidas pela OMS e pelo Ministério da Saúde. A figura 5 apresenta uma síntese (algoritmo) das recomendações voltadas para a ingestão dessas substâncias – açúcar, gordura saturada e sal.

Figura 5 – Redução da ingestão de açúcar, gordura saturada e sal.



Fonte: Elaborada pelo autor.
VET – valor energético total

O consumo regular de frutas, verduras e legumes é benéfico para diversas funções orgânicas e manutenção da saúde, já que são fontes de vitaminas, sais minerais e fibras, sendo recomendado o consumo diário de maior variedade possível. Dessa forma, é fundamental incentivar o consumo de frutas, verduras e legumes em quantidades regulares (figura 6).

Figura 6 – Consumo de frutas, verduras e legumes.

Aumentando 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.

* Frutas: acerola, caju, laranja, tangerina, maçã, banana, mamão, manga, melancia, limão etc.

** Verduras: acelga, agrião, aipo, alface, almeirão, brócolis, chicória, couve, couve-flor, escarola, espinafre, mostarda, repolho, rúcula, salsa e salsão.

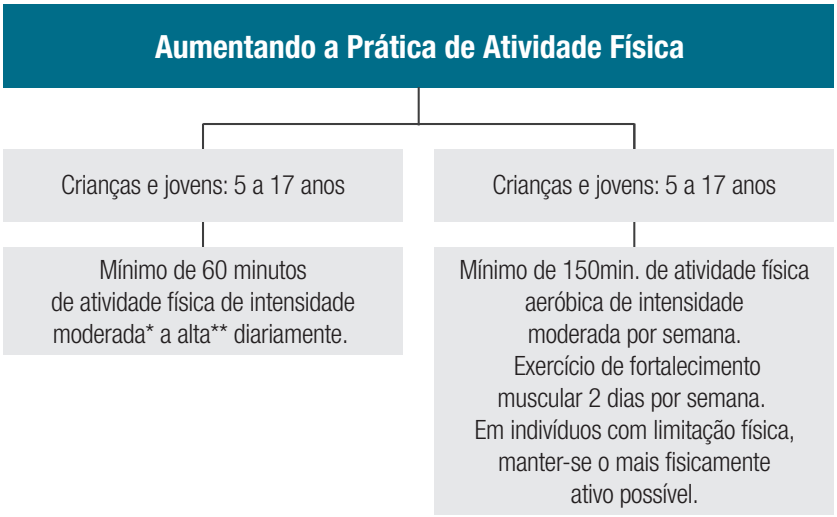
*** Legumes: cenoura, beterraba, abobrinha, abóbora, pepino, cebola.

Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.2 Prática de atividade física

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a inatividade física é um dos fatores de riscos que responde pela grande maioria das mortes por doenças crônicas (WHO, 2014). A prática de atividade física promove benefícios que vão além do controle da obesidade. Ela se constitui num componente importante da prevenção e tratamento da doença coronariana, da hipertensão arterial, das doenças musculoesqueléticas, das doenças respiratórias e da depressão (LEE et al., 2012). Destaca-se ainda a possibilidade de ampliação da sociabilidade e de laços de convivência, entre outros, que podem contribuir para o alcance dos objetivos relacionados à perda de peso. As recomendações para a prática de atividade física variam de acordo com a idade e são apresentadas na figura 7.

Figura 7 – Aumentando a Prática de Atividade Física.



* Exemplos: caminhada, dança, natação e ciclismo em terreno plano.

** Exemplos: corrida, tênis e ciclismo com inclinação ascendente.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Warburton e Bredin (2017) sinalizam para o fato de que mover-se mais conduz a benefícios significativos para a saúde. Realizar atividades físicas, mesmo que não seja possível, inicialmente, alcançar os tempos citados na figura acima, 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.

As pessoas inativas devem iniciar com atividades de curta duração e baixa intensidade, progredindo até volumes mais adequados, como atividades moderadas: caminhar, dançar ou realizar atividades domésticas, ou mesmo as atividades vigorosas que incluem a corrida, pedalar ou nadar em ritmo forte, mover ou levantar cargas pesadas. Ressalte-se que o gasto calórico durante as atividades físicas varia com a dosagem (intensidade e duração) do esforço e o peso do indivíduo. Além disso, a atividade física deve ser prazerosa, de preferência ao ar livre e na companhia de amigos ou familiares. (AGITA SÃO PAULO, 2017; NAHAS, 2013).

4.2 Abordagem clínica da obesidade

Por abordagem clínica do tratamento da obesidade entende-se a adoção de estilo de vida com hábitos saudáveis em conjugação com a adoção de medicamentos, quando necessário, e nos casos de perda de peso insuficientes e pouca melhoria no quadro das comorbidades, a realização do tratamento cirúrgico.

4.2.1 Tratamento Medicamentoso

O objetivo do tratamento com medicamentos é a perda de 10% do peso corporal, o que determina melhora das complicações da obesidade, como diabetes e hipertensão arterial (GARVEY et al., 2016). Atualmente, quatro medicamentos são registrados para o tratamento da obesidade no Brasil pela Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA e são utilizados de acordo com diretrizes clínicas específicas.

A associação de fitoterápicos e benzodiazepínicos com medicamentos para perda de peso é proibida pelo Conselho Federal de Medicina - CFM. Além de desnecessária e sem evidência científica, esse tipo de abordagem é responsável por estigmatizar o tratamento da obesidade. Observa-se na prática clínica a utilização de algumas substâncias classificadas como fitoterápicas ou suplementos alimentícios que não encontram amparo nas melhores práticas e evidências médicas.

Por ser uma doença complexa e de difícil controle, diversas abordagens surgem como propostas de tratamento, geralmente sem nenhuma fundamentação científica ou baseadas em estudos curtos e com pequeno número de pacientes. A figura 8 apresenta terapias que não possuem evidência científica suficiente para serem indicadas dentro de uma abordagem médica ética no tratamento da obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Figura 8 – Abordagens não recomendadas.

Fonte: Elaborada pelo autor.

4.2.2 Tratamento Cirúrgico

A cirurgia bariátrica é indicada para pacientes obesos que não apresentaram resposta ao tratamento clínico com medicamentos e mudanças de estilo de vida. A realização da cirurgia bariátrica determina perda de peso de 20-35% do peso inicial após 2-3 anos do procedimento, o que está associado a melhora de complicações da obesidade, como diabetes tipo 2 e câncer, além de aumentar o tempo e a qualidade de vida dos pacientes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

A recomendação de cirurgia bariátrica na saúde suplementar deve seguir a diretriz de utilização, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que prevê a cobertura obrigatória por planos de segmentação hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos-referência. Para tanto, devem ser observadas as condições estipuladas na respectiva Diretriz de Utilização – DUT (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da outras providências.

27.GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA

"1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no Grupo I e nenhum dos critérios listados no Grupo II:

Grupo I
a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m2 e 39,9 Kg/m2, com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m2, com ou sem comorbidades.
Grupo II
a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

Referência Bibliográfica - Resolução do CFM nº 1.942/2010

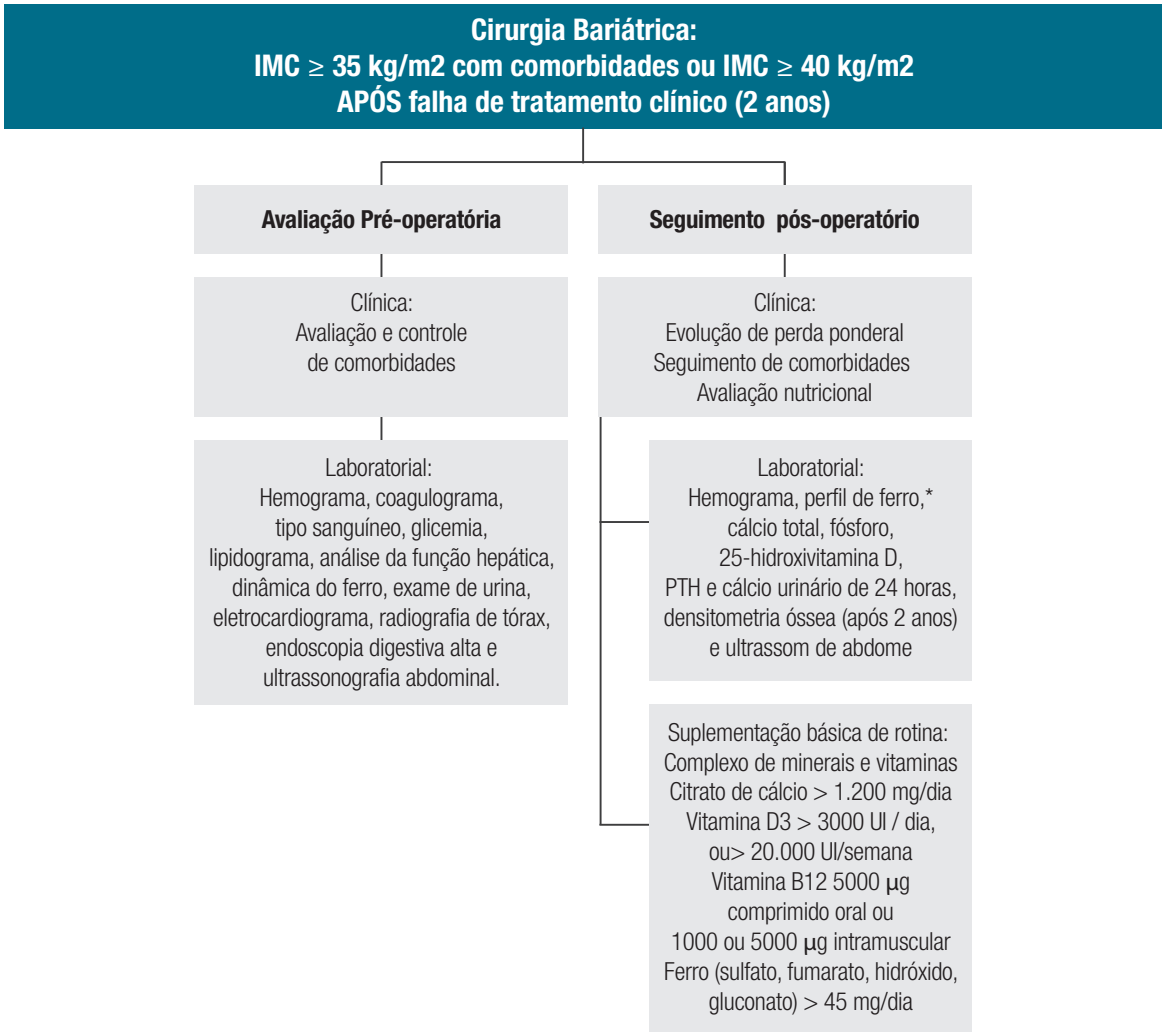
As DUTs adotadas pela ANS, em regra, indicam as características e as condições de saúde, nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS.

A cirurgia é indicada para pacientes com IMC ≥ 35 com complicações ou ≥ 40, que não apresentaram resposta ao tratamento clínico com medicamentos e mudanças de estilo de vida. O tratamento clínico prévio é obrigatório por um período de dois anos, exceto para pacientes com IMC ≥ 50 kg/m2. Este tratamento deve obedecer a diretrizes nacionais e internacionais, aqui simplificadas, com acompanhamento regular do médico especialista no período.

Os pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica devem ser encaminhados ao cirurgião pelo endocrinologista e passar por avaliação multidisciplinar minuciosa no pré-operatório. A cirurgia bariátrica é contraindicada para pacientes sem tratamento clínico prévio, existência de doenças psiquiátricas ativas, como depressão maior e transtornos psicóticos, alcoolismo e/ou dependências de drogas, doenças ameaçadoras a vida no curto prazo, e pacientes incapazes de cuidar-se sem apoio familiar ou social (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

A avaliação laboratorial básica no pré-operatório e pós-operatório e recomendações de suplementação nutricional no pós-operatório são apresentadas na figura 9. O intervalo entre consultas no seguimento pós-operatório deve ser individualizado.

Figura 9 – Avaliação laboratorial no pré e pós-operatório da Cirurgia Bariátrica.



Fonte: Elaborada pelo autor.

A figura 10 apresenta aspectos fundamentais na abordagem da equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica, como a importância do seguimento médico e nutricional pelo resto da vida após o procedimento cirúrgico. A implementação de mudanças de estilo de vida, que incluem aumento da atividade física e uma dieta equilibrada serão essenciais para o sucesso do tratamento em longo prazo. Os pacientes que serão submetidos a cirurgia bariátrica devem receber informações realistas quanto às necessidades no pós-operatório, uma vez que a cirurgia não é a cura para a obesidade, mas um tratamento que ajuda no seu controle. Ganhar peso deliberadamente agravando a doença com finalidade de atingir um valor de IMC compatível com indicação cirúrgica é definitivamente desaconselhável.

Figura 10 – Acompanhamento multidisciplinar no pré e pós operatório da cirurgia bariátrica.

* Resolução CFM Nº 2.131/2015, publicada no DOU em 13 de janeiro de 2016.

Fonte: Elaborada pelo autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de enfrentamento do excesso de peso e da obesidade requer ação de diversos setores da sociedade e não apenas do setor de saúde, em especial da Saúde Suplementar. Essa publicação tratou do cuidado do excesso de peso e da obesidade na busca da melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde e da sustentabilidade de todo o setor, em uma só estratégia para o seu enfrentamento. Buscou-se apontar para a necessidade da mudança de modelo assistencial em direção a um modelo de atenção voltado para a coordenação do cuidado centrado na necessidade do indivíduo.

Procurou-se trazer alguns esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre a temática referente ao excesso de peso e à obesidade, entretanto, não se propõe esgotar o tema, sendo certa a necessidade do desdobramento das discussões e orientações a serem aplicadas na saúde suplementar. Para tanto, foram reunidas sugestões e orientações com base em evidências científicas, que apontam para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado da obesidade, por meio de uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar.

Ressaltou-se a importância do acompanhamento dos dados antropométricos além de recomendações nutricionais e de práticas de atividades físicas fundamentais no suporte do enfrentamento do excesso de peso e da obesidade no âmbito da Saúde Suplementar. Entretanto, para transformar a realidade é preciso que as Diretrizes e Recomendações de fato sejam adequadamente implementadas, atingindo seu objetivo.

As recomendações para as mudanças nos hábitos de vida devem ser graduais e prazerosas, respeitando a individualidade de cada um. A obesidade é resultado de uma complexa combinação de fatores biológicos, comportamentais, socioculturais, ambientais e econômicos. Portanto, na abordagem individual recomenda-se ampliar o olhar para o contexto socioeconômico e cultural, adaptando recomendações e estratégias de implementação customizadas.

A Educação em Saúde é fundamental para adesão a hábitos de vida saudáveis, e é preciso que os profissionais de saúde traduzam o conhecimento como forma de reduzir a lacuna entre as melhores evidências científicas e o “fazer” na Saúde. É um processo dinâmico, transparente e sistemático, que inclui a síntese, disseminação e intercâmbio das melhores evidências científicas no processo de decisão clínica, gerencial ou individual.

Essa publicação busca sintetizar os primeiros debates desenvolvidos no âmbito do Grupo Técnico Multidisciplinar para o Enfrentamento do Excesso de Peso e Obesidade na Saúde Suplementar. Tendo como objetivo pautar o tema na agenda das políticas para o setor em consonância com as diversas iniciativas que vêm sendo desenvolvidas pelos atores da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa nº 387. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/rol2016_diretrizes_utilizacao.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2017.

AGITA SÃO PAULO. São Paulo. 2017. Disponível em: <http://www.portalagita.org.br/pt/>. Acesso em: 15 de nov. 2017.

APOVIAN, Caroline M. et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine society clinical practice guideline. J. clin. endocrinol. metab, v. 100, n. 2, p. 342-362, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2017.

BLACK, J. A. et al. Bariatric surgery for obese children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Obesity reviews, v. 14, n. 8, p. 634-644, 2013.

BLOCH, Katia Vergetti et al. ÉRICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. Rev. saúde pública, v. 50, p. 1s-9s, 2016. Suplemento 1.

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.

_____. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasilia, DF: Ministério da Saúde, 2017a, 160p.

_____; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2017. 119 p.

CASPERSON, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public health rep., v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

COOK, D. J. et. al. Changing behavior to apply best evidence in practice. In: GUYATT, Gordon et al. User's guide to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice. 2 e. d. [S.l.]: McGraw-Hill Education, 2008. cap 22.7. p. 721-742.

CRAWFORD A. G. et al. Prevalence of obesity, type II diabetes mellitus, hyperlipidemia, and hypertension in the United States: findings from the GE Centricity Electronic Medical Record database. Popul. health manag. v. 13, n. 3, p. 151-161, 2010.

DONNELLY J. E. et al. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Med. sci. sports. exerc. v. 41, n. 2, p. 456-471, 2009.

FEWTRELL, Mary et al. Growth trajectory and assessment, influencing, factor and impact of early nutrition. [S.l.]: Wiley, 2016.

GARVEY, W. T. et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. Endocr. Pract, n. 22, p. 1-203, 2016. Suppl. 3.

GLASZIOU, Paul; HAYNES Brian. The paths from research to improved health outcomes. ACP J. club. v. 142, n. 2, p. A8-10, 2005.

HASKELL, William L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med. Sci. Sports Exerc., v. 39, n. 8, 1423-1434, 2007.

HEARNSHAW, C.; MATYKA, K. Managing childhood obesity: when lifestyle change is not enough. Diabetes Obes. Metab., n. 12, p. 947-957, 2010. Suppl.11.

IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JENSEN M. D., et al. Guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. JACC, v. 63, n. 25b, p. 2985-3023, 2014.

KELLES, Silvana M. B. Impacto da cirurgia bariátrica em médio prazo na utilização de serviços de saúde, morbi-mortalidade e custos com a atenção médica. 2014. 146 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós- Graduação em Saúde do Adulto, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

LANG Eddy S.; WYER, Peter C.; HAYNES, R. Brian. Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. Ann emerg. med., v. 49, n. 3, p. 355-363, 2007.

LEE, I-Min. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

MA, CHERHAN et al. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease and cancer: systematic review and meta-analysis. BMJ, v. 359, n. j4849, p. 1-14, 2017.

MANCINI, Marcio C. Bariatric surgery an update for the endocrinologist. Arq. bras. endocrinol. metabol., v. 58, n. 9, p. 875-888, 2014.

MORETZSOHN, Monica de Araújo; ROCHA, Hélio Fernandes; CAETANO, Rosane Rodrigues (coords). Pediatria: Nutrologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2016. 184 p. (Série SOPERJ).

NAHAS, Markus Vinicius. Atividade física, saúde e qualidade de vida. 6. ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NICE 2014. Obesity: identification, assessment and management: clinical guideline. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

PITANGUEIRA, J. C.; RODRIGUES SILVA, L.; COSTA, P. R. The effectiveness of intervention programs in the prevention and control of obesity in infants: a systematic review. Nutr. hosp., v. 31, n. 4, p. 1455-1464, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: SBP, 2012. 142 p.

_____. Grupo de Trabalho em Atividade Física. Promoção de atividade física na infância e adolescência. Manual de Orientação, n. 1, p. 1-14, jul. 2017.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de Souza; FRANÇA, Elisabeth Barboza; CAVALCANTE, Adeilson. Carga de doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden os Disease (GBD) Brasil. Revista brasileira de epidemiologia, v. 20, p. 1-3, maio, 2017. Suplemento 1.

STRONG, W. B. et al. Evidence based physical activity for school age youth. J. pediatr., v. 146, n. 6, p. 732-773, 2005.

THOMAS, C. E. et al. Low adoption of weight loss medications: a comparison of prescribing patterns of antiobesity pharmacotherapies and SGLT2s. Obesity (Silver Spring), v. 24, n. 9, p. 1955-1961, 2016.

VOS, Miriam B. et al. Scientific Statement, added sugars and cardiovascular disease risk in children. 2016. Circulation, v. 135, n. 9, p. e1017-e1034, 2017.

WARBURTON, DER; BREDIN S. S. D. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. Curr. opin. cardiol, v. 32, n. 5, p. 541-556, 2017.

WEFFORT, Virginia Resende Silva, LAMOUNIER Joel Alves (Coord.). Nutrição em pediatria: da neonatologia a adolescência. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO, 2010.

_____. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148144/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. ACESSO em: 03 jan. 2017.

WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Promoting a healthy diet for the WHO eastern mediterranean region: user-friendly guide. [S.l.]: WHO, 2012. 41 p.

WING, Rena R.; PHELAN, Suzanne. Long-term weight loss maintenance. Am. j. clin. nutr., v. 82, n. 1, p. 222S-225S, 2005.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:

Disque ANS
0800 701 9656

Central de Atendimento
www.ans.gov.br

Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e confira os endereços.

Atendimento exclusivo para deficientes auditivos
0800 021 2105

Use a opção do código para ir ao portal da ANS

ans.reguladora

@ANS_reguladora

ansreguladoraoficial

company/ans_reguladora

Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

BRASIL GOVERNO FEDERAL