

Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal/DF

Implantation of an Interdisciplinary Program for the control of childhood obesity in the Department of Health of the Federal District / DF

Raquel Pereira Cota Rabelo¹
Andréia Cristina da Silva Barros²
Bárbara Sales Ferreira³
Nayara Cristina Pereira⁴
Natal da Silva⁵

RESUMO

A obesidade é caracterizada como uma condição de acúmulo anormal ou excessiva de gordura no organismo. É uma patologia de origem multifatorial, estando relacionada a fatores genéticos, ambientais, psicológicos e socioeconômicos. Frente as várias implicações associadas à obesidade infantil, o objetivo do artigo é descrever uma experiência de implantação de um programa com uma abordagem interdisciplinar, no tratamento da obesidade infantil no DF. O programa é realizado predominantemente na forma de grupos, com consultas individuais e oficinas temáticas. Após as intervenções, observamos uma melhora das medidas antropométricas, nos exames bioquímicos, na diminuição do sedentarismo, na autoestima, no sono, no convívio social, nos níveis de ansiedade, agressividade, compulsão alimentar e nas relações familiares. Diante disso, programas de intervenção sobre essa temática devem fazer parte de políticas públicas.

¹ Nutricionista da GSAP 2 – REC
² Médica Pediatra do Hospital Regional de Taguatinga (HRT)
³ Psicóloga voluntária
⁴ Médica de Família da GSAP 2 – REC
⁵ Agente comunitário da GSAP2 - REC/
Educador físico voluntário.

Palavras-chave: obesidade, obesidade infantil, programa de obesidade, promoção da saúde.

Key words: obesity, pediatric obesity, programs obesity, health promotion.

INTRODUÇÃO

A prevalência das doenças crônico-degenerativas, tais como obesidade, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e doenças cardiovasculares vêm apresentando um rápido aumento em todo o mundo. Tais distúrbios, até há alguns anos, eram observados apenas em adultos. Hoje, estas doenças são frequentemente diagnosticadas em faixas etárias mais jovens, como crianças e adolescentes^{1,2}. Considerando que a obesidade pode ser caracterizada como uma condição de acúmulo anormal ou excessiva de gordura no organismo, no qual se acumulou a tal ponto que a saúde pode ser afetada, podemos inferir que é uma das doenças não-transmissíveis que mais cresce em todo o mundo³.

Atualmente, a obesidade representa cerca de 8%, do total de gastos em saúde pública no Brasil. Existem ainda custos indiretos ao afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadorias mais precoces dos indivíduos com obesidade⁴.

Observa-se a incidência progressiva da obesidade infantil desde as classes menos favorecidas em termos de renda familiar, até as mais ricas⁵. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) apresentou um aumento importante no número de crianças acima do peso no país, principalmente na faixa etária entre 5 e 9 anos de idade. O número de meninos acima do peso mais que dobrou entre 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Já o número de meninas acima do peso passou de 8,6% em 1989, para 32% em 2009⁶.

A obesidade infantil é uma patologia de origem multifatorial, estando relacionada a fatores genéticos, ambientais, psicológicos e socioeconômicos⁷. A identificação desses fatores de risco exerce influência no desencadeamento da obesidade infantil e é de extrema importância para a escolha dos métodos de intervenção para o tratamento da obesidade⁸.

Frente as várias implicações associadas à obesidade infantil na vida atual e futura e por ser de origem multicausal, objetivou-se neste artigo descrever uma experiência de implantação de um programa de controle de obesidade nesse público, com uma abordagem interdisciplinar, no tratamento da obesidade infantil no DF.

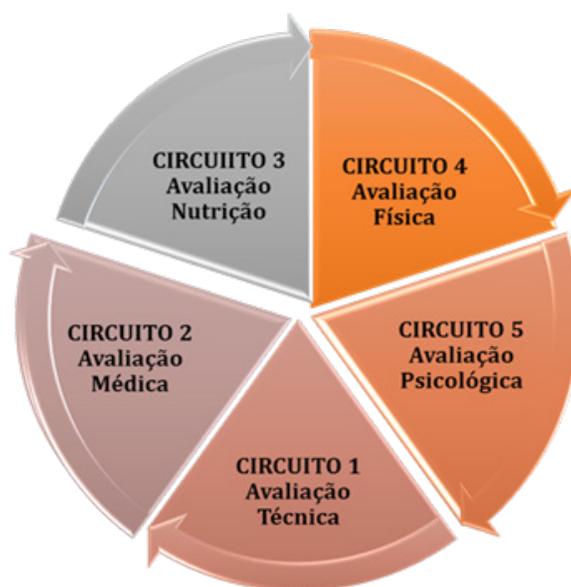
METODOLOGIA

O Programa de Obesidade Embora (PROBEM) está implantado na Gerência de Serviço de Saúde 2 do Recanto das Emas, na Unidade Básica de Saúde 2 (UBS 2) desde 2012, sendo inicialmente destinado a pacientes acima de 18 anos. No entanto, durante a avaliação dos resultados positivos dos pacientes adultos, verificamos que na maioria dos casos a obesidade se iniciava na infância, justificando a implantação do PROBEM infantil, em 2015.

Os participantes foram inseridos a partir dos encaminhamentos dos profissionais de saúde da UBS 2 e através da procura espontânea. Os critérios de participação foram: idade de 6 a 12 anos incompletos; diagnóstico nutricional de sobrepeso ou obesidade⁹; e disponibilidade do paciente e do cuidador para participar dos encontros, que ocorrem mensalmente. O acompanhamento dura em média de 8 a 10 meses.

O programa é realizado predominantemente na forma de grupos, com consultas individuais e oficinas temáticas. As consultas individuais são realizadas por todas as especialidades. A equipe interdisciplinar é composta por médico, enfermeiro, educador físico, psicólogo e nutricionista. As avaliações individuais iniciais e finais são feitas por todos os profissionais, que seguem um circuito, possibilitando uma avaliação global do paciente e da família (Figura 1).

Figura 1
Atendimento interdisciplinar através de minicircuitos



- ✓ Circuito 1 - Avaliação técnica de enfermagem: aferição e registro da pressão arterial, peso, altura e circunferências.
- ✓ Circuito 2 - Avaliação médica: avaliação biopsicossocial, pedido e análise de exames bioquímicos e prescrição de medicamentos quando necessário.
- ✓ Circuito 3 - Avaliação nutricional: avaliação de consumo alimentar individual e familiar, prescrição de plano alimentar adaptado para cada família, com receitas saudáveis e orientações nutricionais individualizadas.
- ✓ Circuito 4 - Avaliação do educador físico: sugestão de modalidades de atividade física, de acordo com a preferência individual e incentivo a práticas lúdicas.
- ✓ Circuito 5 - Avaliação do psicólogo: entrevista semiestruturada com as famílias e a construção do genograma.

Em cada encontro, são feitas intervenções pontuais por todos os profissionais, de acordo com a individualidade de cada paciente.

As oficinas temáticas são realizadas a partir de duas vertentes: assuntos pré-definidos e prioritários

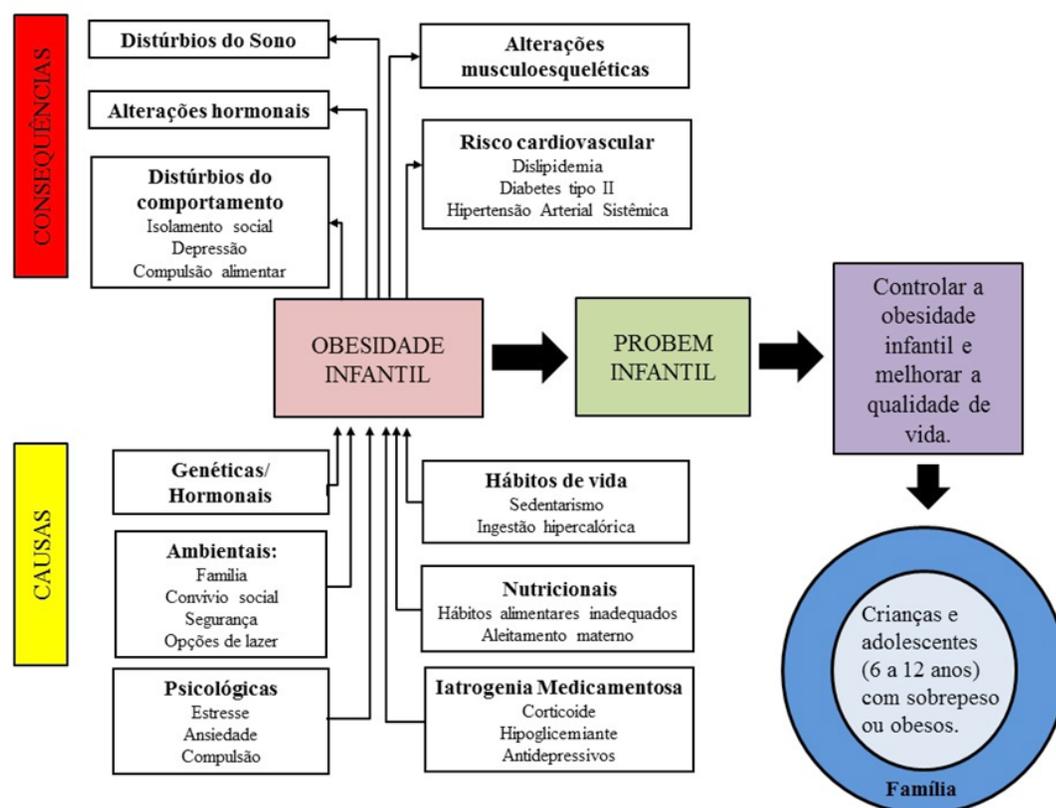
relacionados às causas da obesidade e assuntos relacionados aos interesses das famílias, visando o auto-conhecimento e a autonomia¹⁰.

Utilizamos como instrumentos para as práticas grupais: exposição de saberes e troca de experiências, recursos audiovisuais (cartazes, quadros, alimentos, rótulos nutricionais), recortes de figura e colagem, práticas de atividade física, aulas de dança e fornecimento de material didático⁵.

RESULTADOS

A implantação do PROBEM infantil (Figura 2) visou controlar a obesidade e melhorar a qualidade de vida do usuário, prevenindo e tratando as comorbidades associadas. Assim, buscamos: modificar o plano alimentar individual e familiar por meio da educação nutricional; identificar e tratar alterações metabólicas e/ou hormonais; melhorar a autoestima da criança; diminuir os níveis de ansiedade e de compulsão alimentar; empoderar as famílias quanto aos seus papéis/funções; estimular a atividade física regular e resgatar a prática das brincadeiras.

Figura 2
Implantação do PROBEM infantil^{4,11}.



Para atingir os objetivos almejados, utilizamos uma abordagem interdisciplinar que amplia a visão da problemática e dos processos envolvidos na obesidade. Ao realizar atendimento em grupo, consegue-se alcançar a amplitude do problema, tratando as causas e as repercussões da obesidade. Estudos reforçam que a dinâmica de programas educativos em grupo, com diferentes profissionais envolvidos, tem sido considerada uma boa ferramenta para o controle da obesidade infantil^{5,12,13}.

Após as intervenções observamos uma melhora das medidas antropométricas, nos exames bioquímicos, na autoestima, no sono, no convívio social, nos níveis de ansiedade, agressividade, compulsão alimentar, nas relações familiares e diminuição do sedentarismo.

As atividades grupais permitiram a construção de uma relação de confiança entre crianças e pais/cuidadores, o que propiciou a externalização e o acolhimento de diversos sofrimentos, como bullying, baixa autoestima, inferiorização e compulsão alimentar.

A partir dos relatos das famílias verificamos que os laços familiares se fortaleceram tanto no âmbito da alimentação quanto do convívio familiar, tais como: fazer refeições e atividades em família; busca de hábitos alimentares mais saudáveis, monitoramento mútuo; auxílio de todos no processo de reeducação biopsicossocial; e o delineamento dos papéis familiares. Isso reforça que programas que envolvem a família proporcionam as trocas afetivas e o fortalecimento dos laços familiares^{12,13}.

DISCUSSÃO

Define-se promoção da saúde como o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre sua saúde e atuar na melhoria de sua qualidade de vida¹⁴. As estratégias utilizadas para a promoção da saúde devem sempre adaptar às realidades locais e ao público envolvido. Assim, ações de promoção da saúde podem modificar estilos de vida, assim como transformações nas condições sociais, econômicas e ambientais¹⁵.

No entanto, as estratégias de tratamento da obesidade infantil são pouco documentadas,

comparando-se com os trabalhos existentes sobre adultos. Apesar de não haver tratamento considerado padrão, o tratamento convencional fundamenta-se na redução da ingestão calórica, aumento do gasto energético, modificação comportamental e envolvimento familiar no processo de mudança⁴.

O acolhimento e a compreensão da família em suas histórias, em seus sofrimentos, conflitos e crenças, através de uma abordagem interdisciplinar e psicoeducativa, é fundamental para a construção de uma relação de confiança entre o profissional e a família. Os encontros grupais auxiliam não somente para a propagação do saber, como também para promover um ambiente para testemunhos de sucesso no tratamento, assim como o esclarecimento de dúvidas e dificuldades comuns enfrentadas pelos pacientes⁵.

Pesquisas e estudos realizados mundialmente corroboram com os resultados observados no programa, demonstrando que a promoção de saúde funciona, se bem adaptado às realidades locais e ao público envolvido, modificando hábitos e garantindo melhor qualidade de vida aos pacientes¹⁵.

CONCLUSÃO

O tratamento da obesidade é complexo e desafiador. Por se tratar de uma doença de causa multifatorial, é imprescindível um acompanhamento interdisciplinar, que envolva médicos, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e enfermeiros.

O PROBEM infantil é um espaço de permanente troca de ideias e conhecimentos, com mediação e apoio especializado. Toda a informação necessária para a mudança no estilo de vida é fornecido durante o acompanhamento. No entanto, nem sempre todos os objetivos são alcançados, pois mudanças no estilo de vida requerem disciplina, persistência, compromisso, motivação do paciente e suporte familiar.

Portanto, a implantação de um programa de controle de obesidade infantil se faz necessária e seus resultados sugerem que programas de intervenção sobre essa temática devem fazer parte de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. Mello ED, Luft VC, Meyer, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pediatr* 2004; 80(3):173-182.
2. Oliveira CL, Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência – Uma verdadeira epidemia mundial. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003;47(3):107-8.
3. World Health Organization (WHO). Report of a WHO Consultation on Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1998.
4. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, 2016.
5. Brienza et al. Grupo de Reeducação Alimentar: uma experiência holística em saúde na perspectiva familiar. *Rev. Bras. Enferm* 2002 Nov/Dez;55(6):697-700.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008 -2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.
7. Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JS, Oliveira AC. Sobrepeso e Obesidade infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003 Ab [acesso em 06 de julho de 2017]; 47(2):144-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427302003000200006&script=sci_abstract&tlng=pt.
8. Miranda JMQ, Ornelas EM, Wichi RB. Obesidade infantil e fatores de risco cardiovasculares. *ConScientiae Saúde* 2011;10(1):175-180.
9. Organização Mundial de Saúde. Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.
10. Franco TAV, Silva JLL, Daher DV. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. *Informe-se em promoção da saúde*, 2011; 7(2): 19-22.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 2ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2012.
12. Nicolette M, Gonzaga AP, Modesto SEF, Cobello AW. Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicol Estud*, 2010 Jan/Mar; 15(1): 217-223.
13. Jaeger MAS, Seminotti N, Falceto OG. O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr*, 2011; 33(1): 20-27.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
15. Organização Mundial da Saúde. A Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI. Geneva, Switzerland: WHO, 1997 [acesso em 10 de julho de 2017]. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/jacarta.htm>>.