UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Angelica Olegini Camara

Obesidade Infanto Juvenil

Florianópolis, Março de 2018

Angelica Olegini Camara

Obesidade Infanto Juvenil

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Lúcio José Botelho
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Angelica Olegini Camara

Obesidade Infanto Juvenil

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Lúcio José Botelho
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A obesidade infanto juvenil e um problema de saúde pública que vem crescendo a cada dia no brasil e no mundo. E caracterizado por um aumento do tecido adiposo e assim elevando o peso corporal, esse distúrbio pode se desenvolver na infância ou mesmo puberdade. Os problemas que a obesidade acarretará no futuro são dislipidemia, hipertensão, diabetes e doenças isquêmicas. Fatores que predispõe a esses distúrbios são o ambiente em que vivem, estilo de vida e fatores emocionais (obesidade primaria). O objetivo desse estudo é rastrear as crianças e adolescentes que residem no bairro Santa Catarina, São Cristóvão e Eco Villa no município de São Miguel do Iguaçu/PR que estão com IMC (Índice de massa corporal) aumentados a fim de estimular a uma vida mais ativa, com uma alimentação saudável, fazendo com que possam entender importância dessas medidas em suas vidas e assim levando informações a suas famílias. Esperamos com apoio da equipe multidisciplinar, promover mais educação em saúde e bem-estar, para que assim possam promover a longo prazo uma mudança em seus hábitos e por consequência melhorando sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Dislipidemias, Estilo de Vida Sedentário, Obesidade Pediátrica

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos Específicos 11

3 REVISÃO DA LITERATURA 13

4 METODOLOGIA 19

5 RESULTADOS ESPERADOS 21

REFERÊNCIAS 23

1 Introdução

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) refere-se a um contexto social do Bairro Santa Catarina no município de São Miguel do Iguaçu. E uma cidade que conta com 27.330 habitantes segundo dados do IBGE, que fica situada no oeste Paranaense.

O bairro não conta com uma Unidade Básica de Saúde, então a população tem que deslocar-se a um bairro vizinho. A população cadastrada da área são de aproximadamente 4.004 inscritos. Como a unidade abrange três bairros de São Miguel do Iguaçu temos uma diversidade de nível sócio econômico que variam de classe média baixo, nível baixo sócio econômico. Existe aproximadamente 1.000 pessoas que moram em área de risco, uma região extremamente vulnerável. Uma parte da população vive do trabalho em cooperativas agroindustriais, mas também outra parte conta com o desemprego.

Grande parte dos bairros tem saneamento básico, agua clorada, creche e escolas. Há maior parte da população são usuários do SUS, assim elevando o número de demandas diárias de atendimento.

Nossa unidade e chamada de Unidade Novo Mundo, que assiste à população do bairro Santa Catarina, São Cristóvão e Ecovilla. No qual fazem parte da equipe dois médicos, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes de saúde.

Em nossa PSF agendamos 8 consultas por dia para idosos o restante da população e por demanda espontânea, em média atendemos 45 usuários ao dia, atendemos das 7:30 as 11:30 e fechamos para almoço retornando as 13:00 horas até as 17:00. As queixas mais comuns são cefaleia, lombalgias, resfriados comum, agravos da síndrome metabólicas, insônia, ansiedade e sobrepeso.

As doenças mais comuns são hipertensão e diabetes mellitus tipo 2, obesidade em adultos e infantil, depressão.

O estudo no qual escolhi foi sobre obesidade infantil, porque e de extrema importância. Devemos lembrar que seus agravos podem fazer com que essas crianças desenvolvam hipertensão, diabetes mellitus, síndrome metabólica e até mesmo uma depressão. Há cada dia observamos mais crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, gerando angustia, depressão, baixa autoestima e sofrendo bulling.

Para intervenção acredito que não precisaremos de grandes recursos. Podemos trabalhar em conjunto com os profissionais do Nasf, onde contaremos com nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta. Que podem nos ajudar como fazer uma dieta balanceada personalizada para cada criança e adolescente, podemos montar treinos funcionais e também um acompanhamento para apoio psicológico.

Devemos a cada consulta conscientizar nossas crianças e adolescentes e seus familiares os cuidados que devem ter com sua saúde. Que pequenas mudanças nos seus hábitos podem fazer a diferença. Formaremos também um grupo de apoio onde trocaremos ideias

e onde compartilharemos a dificuldade de cada paciente.

Quero intervir nas vidas dessas crianças em quanto são jovens, para que lá na frente não sofram as consequências da obesidade.

Na unidade e comunidade as pessoas entendem a necessidade desse projeto e temos total apoio. Já existia um projeto na cidade, porém era com adultos. Agora é a hora das crianças a conhecer as vantagens de uma vida saudável. Com isso receber um tratamento de qualidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Conscientizar da importância de uma alimentação saudável junto com uma vida menos sedentária em crianças e adolescentes.

2.2 Objetivos Específicos

- Adotar estratégias educativas a respeito de uma alimentação mais saudável
- Incentivar exercícios físicos diários junto com os pais

3 Revisão da Literatura

OBESIDADE INFANTIL:

A obesidade é um distúrbio nutricional caracterizado por um aumento do tecido adiposo e elevando o peso corporal. Esse distúrbio pode se apresentar na infância ou até mesmo puberdade.

EPIDEMIOLOGIA:

O número de crianças e adolescentes obeso crescem a cada dia em países ricos e pobres e até mesmo em países considerados de pessoas magras como Japão.

A organização mundial de saúde (OMS) passou a considerar a obesidade um problema de saúde pública. Dados mostram que pelo menos 41 milhões de crianças com menos de cinco anos são obesas ou estão acima do peso no mundo.

As prevalências de obesidade em adultos são maiores a medida que eles vão envelhecendo. Já entre crianças e adolescentes identifica-se um aumento de excesso de peso em um ritmo acelerado. Em 1974 existia uma prevalência de excesso de peso de 4,9% entre crianças de 6 a 9 anos de idade e 3,7% entre adolescentes de 10 a 18 anos. Já em 1996 e 1997, observou um excesso de peso de 14% entre faixa etária de 6 a 18 anos isso em nosso país.

O diagnóstico precoce junto com a intervenção ainda na infância é essencial para prevenção de doenças e complicações na idade adulta.

MAPA DA OBESIDADE:

Região Nordeste: (MA, PI, BA, CE, RN, PB, PE, AL, SE)

Excesso de peso infantil 5-9 anos / 28.15

Excesso de peso infantil 10-19 anos / 16.6

Região Norte: (AC, AM, RR, RP, AP, PA, TO)

Excesso de peso infantil 5-9 anos / 25.65

Excesso de peso infantil 10-19 anos / 17.45

Região Centro Oeste: (MT, MS, GO, DF)

Excesso de peso infantil 5-9 anos / 35.15

Excesso de peso infantil 10-19 anos / 22.15

Região Sudoeste: (ES, RJ, SP, MG)

Excesso de peso infantil 5-9 anos / 38.8

Excesso de peso infantil 10-19 anos / 22.8

Região Sul: (PR, SC, RS)

Excesso de peso infantil 5-9 anos / 35.9

Excesso de peso infantil 10-19 anos / 24.6 (MATABOLICA et al., 2015)

PATOGENESE:

FATORES DE RISCO:

Perinatais: são fatores de risco para obesidade infantil sobrepeso/obesidade materna antes da gestação, peso de nascimento elevado, ganho de peso excessivo na gestação, tabagismo na gestação, diabetes na gestação.

Fatores alimentares: Desmame precoce, dietas pouco balanceadas estão ligados estreitamente com a gênese da doença. O consumo de alimentos com alto teor de calorias, ricos em carboidratos simples e gorduras, baixíssimo teor de fibras e micronutrientes são o combustível para o desenvolvimento do sobrepeso.

Hoje em dia com a vida corrida dos pais acabam sem tempo de realizar uma comida saudável e acabam recorrendo aos fastfood, onde em média cada prato contém 2.000 kcal, sendo que 84 gramas de gordura e apenas 12 gramas de fibras.

Uso de guloseimas como chocolates, bolachas, refrigerante e até mesmo sucos industrializados que muitos pais acreditam ser saudáveis são ricos em açúcar, sendo assim um grande inimigo da balança.

Fatores ambientais: Redução de atividades físicas, grande parte do tempo gasto em frente à televisão, computador e videogame o que resulta no baixo gasto metabólico.

Fatores Endócrino metabólicos: A regulação do apetite-saciedade fica por conta do sistema gastrointestinal, do tecido adiposo e do sistema nervoso central (SNC). Os hormônios gastrointestinais como colecistiquinina, peptídeo YY e feedback vagal, estimulam a saciedade, já a grelina vai estimular o apetite. O tecido adiposo refere aos centros hipotalâmicos e núcleos do trato do SNC, neurotransmissor como neuropeptídio Y que participam de informações que faz com que ocorra o aumento do apetite e a melanocortina com informações da saciedade.

Vamos entender como cada hormônio atua no controle energético:

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

Colecistoquinina: hormônio secretado pelo duodeno em resposta a ingestão de proteínas e gorduras. Envia um sinal via nervo vago até o hipotálamo informado a respeito da saciedade após a refeição.

Grelina: neuropeptídio, secretado no estomago que estimula a secreção de neuropeptídio Y no hipotálamo, e assim estimula o apetite.

Um exemplo e a síndrome de Prader-Willi parece haver um aumento de níveis de grelina, o que pode explicar a hiperfagia e obesidade associada.

TECIDO ADIPOSO:

Leptina: hormônio secretado pelo tecido adiposo, que atua ao nível de hipotálamo levando a inibição do apetite e ao aumento do gasto energético. Os obesos aparentam ter um aumento de leptina em função da massa adiposa, porem o apetite não está inibido devido a uma diminuição da sensibilidade hipotalâmica ao hormônio.

Adiponectina: Um hormônio sintetizado pelo tecido adiposo com várias funções: antidiabética, antiteratogenica e anti-inflamatória. Quanto maior o grau de obesidade, menores os níveis de adiponectina.

Sistema Nervoso Central:

Neuropeptideo Y: *Substância* secretada pelo número arqueado do hipotálamo em resposta ao jejum. Ele estimula o apetite.

TRH: (hormônio estimulador da tireotrofina).

CRH: (hormônio estimulador da corticotrofina),

MSH: (hormônio melanocito-estimulante): inibem o apetite. (MONTE, 2006)

ETIOLOGIA:

São classificadas em primárias e secundárias. Grande maioria são primarias cerca de mais de 90%, que são decorrentes a predisposição genética, alto consumo de calórico combinado com baixo gasto energético, não havendo outra condição associada.

Já as causas secundarias a obesidade devem sempre ser investigadas havendo qualquer destes dados como: um rápido aumento de peso, achados dismórficos, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, perdas ou déficits visuais/auditivos e crescimento linear insuficiente.

Alguns exemplos de causas secundarias são:

Síndrome de Cushing

Deficiência de GH

Hiperinsulinismo

Hipotireoidismo

Síndrome de Alstrom

Síndrome de Bardet-Bield

Síndrome de Biemond

Síndrome Carpenter

Síndrome Cohen

Síndrome de Down

Síndrome Turner

Deficiência de leptina ou do receptor de leptina (CERCATO, 2016, p. http://www.abeso.org.br/up ,(PEDIATRIA et al., 2012, p. http://www.sbp.com.br/fileadmin/user$_upload/pdfs/14297c1-Man_Nutrologia_COMPLETO.pdf$)

Diagnóstico

Diagnostico e dado clinicamente através da história clínica e nutricional, exame físico detalhado, buscando sempre algum disturbo nutricionais, dados antropométricos. Também devemos usar o cálculo do "índice de massa corpórea" (IMC) que e obtido através da divisão do peso em quilos pela estatura em metros quadrados.

Atualmente também muito usado na *prática* as novas curvas da OMS, especialmente os gráficos de IMC x Idade, Peso x Idade, Peso x Estatura.

Crianças menores de 5 anos usamos: Peso x Idade, Peso x Estatura, IMC x Idade

Maiores de 5 anos usamos: Peso x Idade, IMC x Idade

Anamnese:

1. História da obesidade: ***I** nício*, fatores desencadeantes, percepção da família sobre o problema

2. Antecedentes pessoais: Peso ao nascer, a respeito do ganho de peso no primeiro ano de vida, se usou algum tipo de medicação como corticoide a longo prazo.

3. Antecedentes familiares: Obesidade, doenças cardiovasculares, dislipidemia, diabetes

4. Uso de drogas ou bebida alcoólicas, para os adolescentes

5. Antecedentes alimentares: aleitamento materno por quanto tempo (cada período de 3,7 meses no tempo total de aleitamento materno reduz em 6% o risco de desenvolvimento de obesidad; sobre a introdução alimentar.

6. Hábitos alimentares: Alimentação habitual e a respeito da dinâmica refeição: como onde e realizada, horários como e a mastigação.

7. Comportamento do estilo de vida: como e o comportamento com os pais e colegas. Lembrando que cada vez mais crianças sofrem de distúrbios psicossociais, como ansiedade, compulsão e depressão.

8. Investigar Bullying.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos:

- respiração oral, roncos, parada respiratória noturna, sibilância, fadiga ao esforço;
- lesões de pele;
- dor ou edema em articulações;
- dor abdominal, retroesternal e hábito intestinal;
- alterações menstruais;
- Sono agitado;
- alterações comportamentais.

Exame Físico:

A) Peso
B) Altura
C) Circunferência Abdominal
D) Circunferência do braço
E) Pregas cutâneas tricipital e subescapular
F) Estadiamento puberal
G) PA

Exames subsidiários sugeridos:

1. Glicemia de jejum (VR: 126 Diabetes mellitus

2. Colesterol total (VR:

3. Triglicerídeos (VR:
4. LDL (VR:
5. HDL (VR: > 45 mg/dl)
6. ALT e TGO (VR:

Devemos buscar a presença de síndrome metabólica nessas crianças e adolescente. Síndrome metabólica e um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovasculares e usualmente relacionados a deposição central de gordura e resistência insulínica. (Critérios a serem observados: circunferência abdominal, PA, Triglicerídeos, Glicemia de jejum e HDL)

Valores de Referência para investigação da Síndrome Metabólica:

Obesidade: cintura abdominal > p90 mais ou menos dois dos seguintes critérios:

1.Hipertrigliceridemia > 150 mg/dL

2. Baixo HDL-colesterol

3. Hipertensão arterial sistólica > 130 mmHg e diastólica > 85 mmHg

4. Intolerância à glicose Glicemia de jejum > 100 mg/dL ou presença de diabetes mellitus tipo 2 (BRASIL et al., 2006, p. http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc$_o besidade.pdf$), ($P1$

TRATAMENTO:

A melhor conduta diante a obesidade é prevenção, ou seja, modificar os hábitos e o estilo de vida dessas crianças e adolescentes antes que a doença já esteja instalada.

Algumas sugestões com a finalidade de promover um estilo de vida saudável e evitar a obesidade, não só da criança e sim da família inteira:

1. Manter atividades física regular por 30 a 45 minutos, duas a três vezes por semana
2. Promover o aleitamento materno
3. Refeições em família no mesmo horário em um mesmo local
4. Não assistir Televisão durante as refeições
5. Usar pequenos pratos e servir a comida longe da mesa
6. Não pular refeições, especialmente o café da *manhã*
7. Evitar bebidas açucaradas desnecessárias.
8. Restringir tempo de tela (televisão, videogame, computador) para 2 horas diárias.
9. Evitar doces e biscoitos
10. Introduzir alimentos saudáveis nas dietas das crianças
11. Discutir em escolas a respeito de uma alimentação saudável

12. Estimular caminhadas até a escola, em vez de transporte *público*

13. Desencorajar o uso de elevador, optar pelo o uso de escadas

14. Alimentação rica em frutas e verduras

(ARLETE; RESEGUE, 2013)

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:

O tratamento medicamentoso na pediatria está reservado para aqueles pacientes que apresentam comorbidades graves e se existir doenças psiquiátricas associadas como depressão, compulsão alimentar entra outras.

Lembrando que essas medicações devem ser adjuvantes ao tratamento principal, que se baseasse em atividade física e reeducação alimentar.

Alguns exemplos de drogas usadas:

Fluoxetina e Sertralina:

São drogas que atuam na inibição a recaptação seletiva de seretonina. Usado na depressão e transtornos obsessivos compulsivos (TOC).

No Brasil a sertralina está indicado a partir dos seis anos, já a fluoxetina a partir dos oito anos.

A perda de peso geralmente acontece só no início do tratamento.

Indicação: Quando existe obesidade relacionada com distúrbios alimentares ou depressão.

Octreotide:

E um análogo da somastatina que reduz a secreção de insulina e GH.

Pode ser usado nas obesidades de causa hipotalâmica, que não responderam ao tratamento convencional. (PEDIATRIA et al., 2012, p. http://www.sbp.com.br/fileadmin/user$_{u}pload/pdfs/142$
$Man_{N}utrologia_{C}OMPLETO.pdf$)

4 Metodologia

A obesidade infantil atinge cada dia mais crianças e adolescentes no Brasil e no mundo. Um sério problema de saúde pública que acarretará em complicações no futuro, tudo isso devido ao um estilo de vida sedentário acompanhado com uma má alimentação.

O projeto apresentado tem como público alvo crianças e adolescentes (partir dos 4 aos 17 anos) que residem nos bairros Santa Catarina, São Cristóvão, Eco Villa que utilizam o serviço de saúde UFS Novo Mundo.

Será rastreado nessa população as seguintes medidas:

1-) Idade

2-) Estatura

3-) Peso

4-) Circunferência Abdominal – (presença de obesidade central)

5-) IMC

6-) Circunferência do Braço

7-) PA

8-) traçaremos no gráfico as curvas preconizadas pelo OMS, de acordo com a idade de cada paciente

9-) HGT

Realizaremos rastreio com exame de:

1-) Lipidograma

Faremos um encontro com essas crianças e adolescentes na unidade a cada 15 dias a partir das 11:00 horas e repetiremos as 16:00 horas para cobrirmos os pacientes que estudam pela manhã ou tarde, a cada quinzena trataremos de um assunto relacionado a obesidade infantil e mensalmente faremos as medições para acompanharmos a evolução e perda de medidas. O projeto terá duração de 6 meses. Somando 12 encontros. Que serão realizados na sala de reuniões do UFS Novo Mundo.

Também contaremos 3 vezes na semana com alongamento, caminhada coletiva, onde as ACS da unidade e a professora de educação física (voluntária) do bairro se revezarão para acompanhar os integrantes do projeto. Essa caminhada será realizada no bairro mesmo. Terão duração de 45 minutos nas segundas, quartas e sextas-feiras a partir das 18:00 horas, o ponto de encontro será na frente da unidade. Ficar *á* livre aos pais que queiram acompanhar seus filhos nas atividades propostas.

Nas palestras contaremos com a ajuda da nutricionista, onde ela vai discutir a respeito de uma alimentação saudável, como se trata de crianças e adolescentes teremos que trazer receitas não somente saudáveis mais sim ricas em sabor. Trabalharemos com muitas receitas low-carb (dieta com teor baixo em carboidratos). Traremos pratos executados para que eles possam provar para que vejam que essa alimentação pode ser muito prazerosa.

Cuidaremos também para que os ingredientes utilizados não sejam caros pois muitas famílias a renda mensal é baixa. Realizaremos um livrinho de receitas para que as famílias possam aprender a executá-las.

Também contaremos com a ajuda da psicóloga do Nasf onde será realizado uma roda de apoio. Onde escutaremos as dificuldades de cada um assim trocaremos experiências. Outro assunto que não vai ficar de fora é a respeito do bullying, que cada vez mais atinge crianças e adolescentes nas escolas, gerando assim depressão e até mesmo ao suicídio.

Como as crianças e adolescentes vivem ligados no celular faremos um grupo no WhatsApp, cada 3 dias algum voluntário do projeto como ACS, Enfermeira, Médicos, Nutricionista, Psicóloga e fisioterapeuta possam mandar mensagens ou vídeos de apoio, para nossos integrantes não abandonem seus objetivos.

Os médicos da unidade também farão palestra a respeito das complicações que o aumento de peso pode trazer futuramente.

Já a fisioterapeuta se comprometera a realizar uma reunião a respeito dos problemas em coluna, que o aumento de peso pode trazer, de uma maneira simples para que as crianças também possam compreender.

O projeto acontecerá no começo de setembro de 2017 a *março* de 2018.

Nos organizaremos da seguinte forma:

Enfermeiro e técnicos de enfermagem: Triagem dos usuários e registro nos prontuários de cada um.

ACS: Convidar as crianças e adolescentes a participarem do projeto orientando os pais, ajudando nas caminhadas coletivas, e realizando busca dos faltosos.

Médicos: Realizaram palestras e interpretação de exames solicitados, avaliar dados coletados para avaliação individual de cada participante. Classificar e colocar nas curvas da OMS como peso/idade, IMC, peso/estatura.

Nutricionista: Cuidará das receitas e cardápio apresentados em palestras a respeito de uma alimentação saudável.

Psicóloga: Palestra em escola com o tema sobre bullying. E roda de conversa nas reuniões.

5 Resultados Esperados

Com esse projeto pretendemos identificar crianças e adolescentes com sobrepeso com risco potencial no futuro a desenvolverem uma síndrome metabólica, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2, doenças cardio vasculares.

Realizaremos medidas preventivas com ações afins de conscientizarmos esses pacientes sobre a importância de uma vida saudável!

Trataremos de assuntos atuais como bulling que nossas crianças com sobrepeso vem sofrendo em escolas até mesmo em ambiente familiar.

Acreditamos que essas crianças e adolescente passaram as informações obtidas adiante, orientando seu ambiente familiar por exemplo.

Juntos com equipe do NASF vamos melhorar o atendimento na nossa UFS orientando pais e filhos sobre os benefícios de uma vida saudável!

Referências

ARLETE, M.; RESEGUE, R. *Obesidade no paciente pediatrico*: Da prevencao ao tratamento. Sao Paulo: Atheneo, 2013. Citado na página 18.

BRASIL, M. da saúde do et al. *Obesidade*. Brasília: Ministério da saúde do Brasil, 2006. Citado na página 17.

CERCATO, C. *Diretrizes Brasileras de Obesidade*. Sao Paulo: Abeso, 2016. Citado na página 15.

MATABOLICA, A. brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome et al. *MAPA DA OBESIDADE*. SP: ABESO, 2015. Citado na página 13.

MONTE, O. *Endocrinologia para o pediatra*. Sao Paulo: Atheneu, 2006. Citado na página 15.

PEDIATRIA, S. B. de et al. *Obesidade na infância e adolescência: Manual de orientação*. Rio de Janeiro: Manual de Orientação – Departamento de Nutrologia, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 18.