



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Estratégias de controle da obesidade infantil:
uma proposta para atenção primária.**

Nome: Madelaine Rodriguez Martin.

Orientadora: Paula Fernandes Chadi

SUMÁRIO

1. Introdução	3 pg
1.1. Identificação e apresentação do problema	3 pg
1.2. Justificativa	4,5 pg
2. Objetivo	6 pg
2.1 Objetivo geral	6 pg
2.2 Objetivos específicos	6 pg
3. Metodologia	7 pg
3.1. Cenário da intervenção	7 pg
3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	7 pg
3.3. Estratégias e ações	8,9 pg
3.4. Avaliação e monitoramento	9,10 pg
4. Resultados Esperados	11 pg
5. Cronograma	12 pg
6. Referências	13,14 pg
7. Anexo	15 pg

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

Na Unidade Básica de Saúde Teotônio Vilela, localizada na Zona Leste de São Paulo no Bairro do Sapopemba na Rua Arquiteto Vilanova Artigas, onde eu trabalho a 10 meses, temos 7 equipes com 1 Médico, 1 Enfermeiro, 2 auxiliares de Enfermagem e 6 agentes de saúde cada equipe.¹

Atendemos uma população de 24.382 pacientes, onde são divididos em 7 áreas diferentes dependendo da localidade. Minha equipe atende 3.298 pacientes, desses 578 são crianças entre 1 e 14 anos. Analisando as crianças verifiquei que vinte e uma (21) são obesas representando 3,7% do total delas.¹

Acredito ser importante a implementação de medidas intervencionistas no combate e prevenção a este distúrbio nutricional em indivíduos mais jovens. Algumas áreas merecem atenção, sendo a educação, a indústria alimentícia e os meios de comunicação, os principais veículos de atuação.¹

Em medidas de caráter educativo e informativo, através do currículo escolar e dos meios de comunicação em massa, assim como, o controle da propaganda de alimentos não saudáveis, dirigidos principalmente ao público infantil e, a inclusão de um percentual mínimo de alimentos “*in natura*” no programa nacional de alimentação escolar e redução de açúcares simples são ações que devem ser praticadas.¹

1.2 Justificativa

A obesidade e suas complicações constituem um problema importante de saúde pública, cuja forma eficaz de controle passa necessariamente pela prevenção desde idades muito precoces nas famílias de risco e pela avaliação clínica e antropométrica seriada nos centros de atenção primária.²

Seu diagnóstico é fundamentalmente clínico, as provas complementares estarão destinadas ao diagnóstico de suas complicações e ao uso de marcadores precoces e por isso, sub-clínico, de causa cardiovascular e dos transtornos metabólicos associados, entre eles: hipertensão, dislipidemia, e alteração do metabolismo da glicose.²

“Segundo o senso do IBGE de 2009, o índice de crianças com excesso de peso no Brasil foi de 19,4% e de obesidade de 4%. Se comparado com valores de anos anteriores, esse índice vem aumentando. No ano de 2003 ele era de 15,1% para o excesso de peso e de 3% para obesidade”, explica Dr. Osmar Monte, membro da SBEM-SP.³

A obesidade é um excesso de massa corporal, central ou abdominal, resultado do depósito de graxa intra-abdominal ou perivisceral, e é a patologia mais relacionada com as complicações metabólicas.^{3,4}

Não existe nenhum método de medida da massa corporal que seja fácil de realizar, preciso reprodutível, e relacionável com a mobilidade presente e futura. O IMC (peso em kg/altura em metros ao quadrado) é a medida de adiposidade preferida de um ponto de vista clínico prático e de saúde público e permite estabelecer limites de risco para a aparição das complicações.⁵

O ponto de vista teórico para a mesma seria o valor ou percentil do IMC a partir do qual o risco para a saúde começasse a incrementar-se significativamente. Identificar este valor é o difícil, aceita-se os percentil 85 e 95 para idade e sexo, como pontos de corte para definir o sobrepeso e a obesidade, respectivamente, tratam-se não obstante de limites estadísticos arbitrários e que variam de uma população a outra.^{6,7}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) qualificou a obesidade na epidemia mundial do século XXI. De fato se converteu no primeiro problema de saúde pública.⁸

A avaliação de uma criança com sobrepeso e obesidade se fundamenta em uma história clínica específica para orientar a etiologia da obesidade e quantificar a gravidade da mesma. Estará dirigida a conhecer as circunstâncias sócio familiares e pessoais da criança implicados no desenvolvimento da sobre nutrição ou da obesidade. Os Antecedentes familiares têm um grande interesse já provém geralmente de famílias com obesidade, o que é altamente previsível para seu futuro.⁹

Vários fatores, no entanto, os que poderiam explicar este crescente aumento do número de indivíduos obesos parecem estar mais relacionados às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares.¹⁰

O aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética, e a diminuição da prática de exercícios físico, publicado também que a obesidade infantil foi inversamente relacionada com a prática da atividade física sistemática, com a presença de TV, computador e videogame nas residências, além do baixo consumo de verduras, legumes e frutas confirmando a influência do meio ambiente sobre o desenvolvimento do excesso de peso em nosso meio.¹⁰

Outro achado importante foi o fato da criança estudar em escola privada e serem unigêntos, como os principais fatores preditivos na determinação do ganho excessivo de peso, demonstrando a influência do fator sócio-econômico e do micro-ambiente familiar.¹⁰

Torna-se então um problema de saúde pública de grande importância para intervenção na Estratégia Saúde da Família.¹⁰

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Propor estratégia de redução da obesidade infantil na atenção primária na UBS Teotônio Vilela.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar a prevalência da obesidade nas crianças de 1 a 14 anos em minha equipe.
- Identificar os fatores sócio-familiares que se apresentam com maior frequência nos infantes obesos.
- Estabelecer a possível relação entre os fatores de risco e a obesidade infantil.

3. METODOLOGIA

3.1. Cenário da intervenção

DESENHO METODOLÓGICO DA INTERVENÇÃO.

Realizara um projeto de intervenção na UBS Teotônio Vilela pela pretensão de selecionar as crianças de sobrepeso e obesidade no período compreendido do primeiro semestre do ano 2014 até o primeiro semestre de 2015 .

O universo estará constituído por toda a população infantil das idades de 01 até 14 anos, pertencente a dito bairro, a amostra de trabalho de caráter nacional e a conveniência estarão compreendidas por crianças entre as idades de 01 até 14 anos de vida, mas que apresentarão características de sobrepeso e obesidade; estabelecendo-se de maneira posterior, depois de selecionar aplicando-se critérios de inclusão e exclusão, concluindo-se com uma amostra de 21 crianças.

3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção:

Critérios de exclusão

- * Negados a participar do estudo.
- * Familiares negados.
- * História de saúde individual que não contribua os dados necessários para levar a cabo a investigação.
- * Crianças que não cooperem ao interrogatório ou ao responder a pesquisa.

Critérios de inclusão

Tomaram aqueles que não cumpriram com os requisitos anteriores.

3.3. Estratégias e ações

Desenho Geral da intervenção.

Para a realização deste trabalho se desenhou uma estrutura simplificada, para facilitar o processo do projeto e dos participantes e evitar perdas importantes da informação.

O estudo se dividirá em 4 etapas, onde cada uma recolhia informação indispensável para uma conclusão final dos dados.

- * Etapa de revisão documentária.
- * Etapa de trabalho infantil.
- * Etapa de trabalho familiar.
- * Etapa de conclusão.

ETAPAS DO ESTUDO.

I. Etapa de revisão documentária.

Nesta, revisaram-se as histórias de saúde familiar e individual de cada paciente selecionado para o estudo.

Aqui se buscaram os dados tais como, ganho de peso durante todo o crescimento e desenvolvimento, tempo da amamentação, anorexia fisiológica aos 2 anos.

II. Etapa de trabalho infantil.

Durante esse processo se procedeu ao percentual das crianças para a confirmação de seu estudo de sobrepeso ou obeso. Medidas se realizam por pessoa treinada: com régua “tallímetro” incorporado, precisão de ± 100 g e até o milímetro mais próximo, com o paciente descalço, vestido com roupa interior, em pé, fazendo coincidir sua linha meia sagital com a linha media do “tallímetro” e com a cabeça em plano horizontal nariz-trago., utilizando-as pranchas estabelecidas para isso,

Depois de determinar o IMC, para poder considerar como critério de obesidade um IMC > P95 e sobre peso ou risco de obesidade IMC > P85, assim para facilitar a comparação com recentes estudos nacionais e internacionais. Além disso, se procedeu a entrevistar ao mesmo com o objetivo de precisar que tipo de dieta é preferido e a freqüência em que a consome. Prévio consentimento informado das crianças e familiares que representaram as crianças no momento do estudo. (Anexo 1)

As crianças obesas e com sobre peso foram encaminhados à consulta de nutrição onde um especialista na matéria avaliou-se estas condições eram em relação com a malha grau ou com tecido muscular.

III. Etapa de trabalho familiar:

No transcurso da mesma, procedeu-se a uma realização de entrevista de especificação e a aplicação de uma pesquisa, com a família dos mostrados, através do sistema narrativo, participando somente a pessoa que tenha uma relação direta com a alimentação das crianças. (Anexo).

2) Durante esta etapa se avaliou-se as circunstâncias sócio-familiares saudáveis, assim como a atividade física e o tipo de Dieta das crianças.

IV. Etapa de simplificação da informação:

Subseqüente a etapa anterior se desdobrou a etapa simplificada da informação onde se procedeu à tabulação dos dados para obter um processamento estatístico satisfatório e não deixar variáveis ou dados perdidos.

3.4. Avaliação e monitoramento:

PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Subseqüente os dados simplificados foram introduzidos em uma base de dados computados, e processados mediante o pacote estatístico "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS), versão 11.0 para o Windows. Ihes aplicaram provas da estatística descritiva como o método percentual segundo o caso e análise da estatística diferencial como a prova não paramétrica da tabela para determinar associação de variáveis, resumidos em gráfico. Para a interpretação dos resultados de.

Tomaram-se os seguintes critérios de tabela de índice de massa corporal:

=> Se o resultado $< 0,05$ a relação for significativa.

=> Se o resultado $> 0,05$ não existir relação significativa.

O nível de significação é o valor de certeza que fixamos como investigadores antes de ter certeza a respeito a não nos equivocarmos.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Alcançar a busca ativa em nível de toda a atenção primária de saúde, daquelas crianças obesas e sobre peso, assim como a educação constante a toda a população sobre os riscos da obesidade nestas idades tempranas.

5. CRONOGRAMA

Atividades	08/14	09/14	10/14	11/14	12/14	01/15	02/15	03/15
Identificação do Problema	X	X						
Elaboração do Projeto de Intervenção		X						
Aprovação do projeto		X						
Estudo da Literatura	X	X	X	X				
Coleta de dados			X	X	X	X		
Discussão e Análise dos Resultados						X		
Revisão Final e Digitação						x		
Entrega do Trabalho Final						x		
Socialização do Trabalho							X	x

6. REFERÊNCIAS

1. SIGA: "Sistema de Informação e Gestão de Atendimento" - [<http://siga.saude.prefeitura.sp.gov.br/sms/index.jsp>];
2. DalmauSerraa J, Alonso Franchb M, Gómez López C, Martínez Costa C, Serra Salinase C. Obesidad Infantil. Recomendaciones do Comitê de Nutrição da Associação Espanhola de Pediatria. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamento. AnPediatr [serie em Internet] 2007. [chamado 25 Mai 2008];66:[aprox. 6 P.]. Disponível em: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0103&rev=37&vol=66&num=3&pag=294
3. Dobbelsteyn C, Joffres M, MacLean D, Flowerdew G. A comparative evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as indicators of cardiovascular risk factors: The Canadian Health Surveys. Int J ObesRelatMetabDisord. 2001;25:652-61.
4. Janssen I, Heymsfield S, Allison D, Kotler D, Roos R. Body mass index and waist circumference independently contribute to the prediction of nonabdominal, abdominal subcutaneous, and visceral FAT. Am J ClinNutr. 2002;75:683-8.
5. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. 2002. Report No.: 106.
6. Barlow S, Dietz W. Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, and the Department of Health and Human Services. Pediatrics. 1998; 102:E29.
7. Penetre T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. BMJ. 2000;320:1240-3.
8. Wabitsch M. Overweight and obesity in European children: Definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. Eur J Pediatr. 2000;159Suppl 1:8-13.

9. Kavey RÉ, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K; American Heart Association.. American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood.Circulation. 2003;107:1562-6.

10. Rosenbaum M, Leibel RL. The physiology of body weight regulation: relevance to the etiology of obesity in children. Pediatrics1998;101(3):525-39.

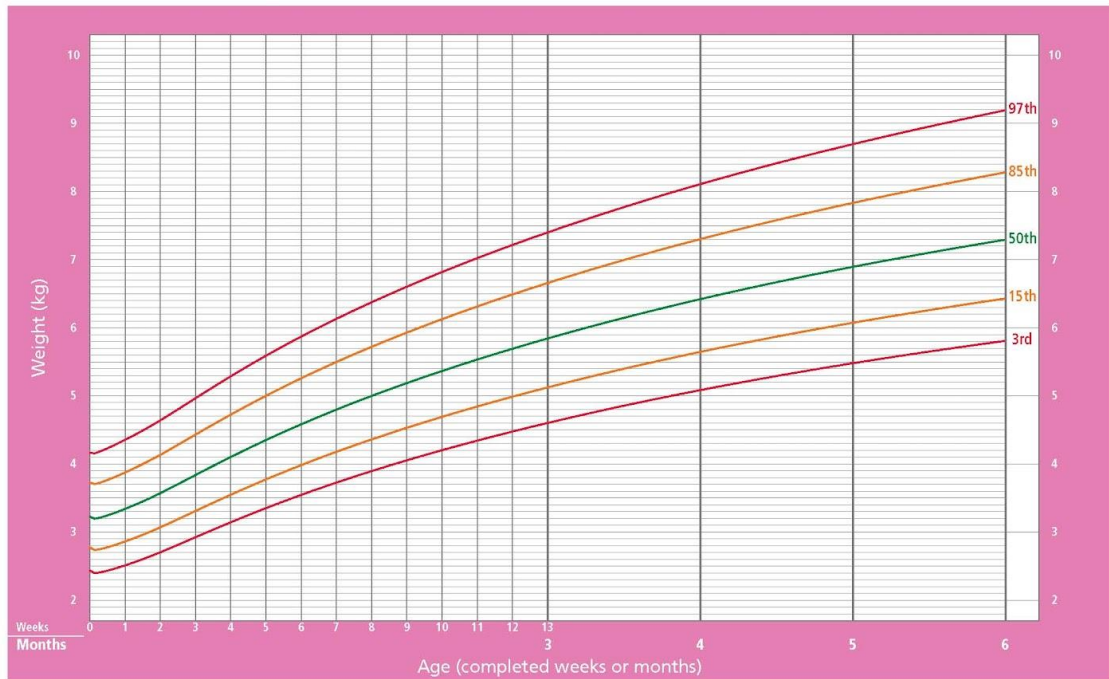
Anexo:

[http://4.bp.blogspot.com/-Ylp7kxOb7GI/T2fqOpmt2YI/AAAAAAAAAoU/eF2RUgOIKNY/s1600/percentil.jp](http://4.bp.blogspot.com/-Ylp7kxOb7GI/T2fqOpmt2YI/AAAAAAAAAoU/eF2RUgOIKNY/s1600/percentil.jpg)

g

Weight-for-age GIRLS

Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards