



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

**A Equipe de Saúde da Família no combate
à Obesidade Infantil.**

MILENA ROCHA PEIXOTO

Orientadora: Dra. Márcia Regina Bardauil

**São Paulo
Janeiro/2015**

Sumário

1. Introdução

2. Problema

3. Justificativa

4. Objetivos

4.1 Objetivo geral

4.2 Objetivos específicos

5. Revisão de Literatura

6. Metodologia

7. Cronograma

8. Resultados esperados

9. Referências bibliográficas

1 Introdução

A obesidade pode ser definida como “um distúrbio nutricional e metabólico caracterizado pelo aumento da massa gordurosa no organismo ou situação orgânica de excesso de tecido adiposo”¹. Ela pode ser dividida entre exógena e endógena, sendo a exógena responsável por 95 a 98% dos casos².

A Obesidade Infantil constitui importante problema de Saúde Pública devido a sua alta incidência e prevalência, repercussões sociais, orgânicas e psicológicas².

O sobrepeso entre crianças e adolescentes invariavelmente leva a dificuldades nas relações sociais, o que pode levar a sérios danos psicológicos, além de potencializar disfunções musculoesqueléticas nessa importante fase de crescimento do corpo humano. Merece destaque o grande número de doenças crônicas que se desenvolvem em adultos que no passado foram crianças obesas, como dislipidemia, hipertensão arterial e intolerância à glicose¹.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é, sem dúvidas, o grupo de Profissionais de Saúde mais próximo da população, com maior conhecimento técnico acerca do assunto em questão e, também, do cotidiano das famílias adscritas.

Através das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) a ESF mantém interação diária com as milhares de famílias que integram a área de cobertura vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) e, dessa forma, têm profundo conhecimento sobre condições de vida, perfil socioeconômico, hábitos alimentares e nível cultural de cada família. Portanto, a ESF assume papel central na difusão de orientações sobre como combater a obesidade entre crianças e adolescentes, respeitando a individualidade de cada família.

No Brasil poucos estudos quantificaram o impacto da ação integrada da ESF sobre os hábitos alimentares e demais hábitos de vida infantis. O presente estudo visa mostrar a importância do tema 'Obesidade Infantil', suas repercussões biopsicossociais, e o papel da ESF para mudar a evolução dessa morbidade.

2 Problema

O principal problema a ser enfrentado no contexto da Obesidade Infantil é a mudança dos hábitos alimentares das crianças e adolescentes através da reeducação alimentar, bem como dos hábitos de vida (atividades físicas, etc.).

Intervir ativamente nesta questão é condição primordial para o enfrentamento do problema e requer ações integradas entre os membros da Equipe de Saúde da Família, das Famílias e dos Educadores Escolares.

Os principais desafios dessa missão são: o grande número de atores envolvidos no processo de educação alimentar; as limitações culturais e econômicas das famílias; o forte apelo ao consumo de produtos industrializados e 'fast-food' feito pelas mídias.

3 Justificativa

A importância em se combater a Obesidade Infantil se dá graças a sua elevada e crescente prevalência, sua capacidade de produzir malefícios permanentes à saúde do obeso na fase adulta, e suas repercussões biopsicossociais entre todas as faixas etárias².

É fundamental a participação das Equipes de Saúde da Família junto aos Pais na promoção da reeducação alimentar infanto-juvenil visto que se trata de uma ação de grande impacto, com emprego de pouca tecnologia e baixo custo, e potencial de significativos resultados em todos os parâmetros avaliados. O principal papel da ESF é o de dar orientação técnica e estimular os demais atores envolvidos.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Reduzir a prevalência e incidência da Obesidade Infantil entre os membros das famílias vinculadas à uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e, conseqüentemente, combater seus danos biopsicossociais.

4.2 Objetivo específico

Para alcançar o objetivo do Projeto de Intervenção (PI) deve-se:

- Reduzir o número de novos casos de Obesidade Infantil na área de atuação;
- Minimizar o número de casos de Obesidade Infantil já existentes;
- Trazer a curva de peso e IMC das crianças e adolescentes para dentro dos parâmetros esperados para a faixa etária;
- Proporcionar um perfil lipídico, glicídico e cardiovascular adequado para o grupo tratado.
- Estabelecer novos paradigmas alimentares para as crianças, através da conscientização de pais e educadores;
- Criar condições de lazer que favoreçam a prática de esportes e gasto energético pelas crianças.

5 Revisão de Literatura

A obesidade pode ser definida como “um distúrbio nutricional e metabólico caracterizado pelo aumento da massa gordurosa no organismo ou situação orgânica de excesso de tecido adiposo”¹.

Anteriormente a obesidade era considerada uma doença de países desenvolvidos, mas atualmente se observa uma elevação da prevalência entre países subdesenvolvidos². Ela é uma doença crônica, multifatorial, na qual ocorre uma sobreposição de fatores genéticos e ambientais³.

Para se fazer o diagnóstico da obesidade podemos utilizar diversos métodos, porém os antropométricos são os de mais fácil manuseio, inócuos, de baixo custo e os mais indicados para a prática diária².

A partir dos valores de peso e estatura obtêm-se o índice P/E, que é a relação entre o peso observado e o peso esperado para a estatura no percentil 50. O critério para diagnóstico da obesidade na infância é a relação peso/estatura igual ou maior que 120%⁴.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a apresentação dos índices (peso/estatura) sob a forma de escores “Z”, que representam o número de desvios padrão abaixo ou acima da mediana. A OMS utiliza como ponto de corte para diagnóstico da obesidade excessos de peso superiores a dois escores “Z” para a relação peso/estatura, ou seja, valores de peso acima de dois desvios-padrão em relação à mediana dos pesos para cada faixa etária⁵.

Dados apresentados por Taddei et al. em 2000⁶, a partir da definição da obesidade, demonstrou que as prevalências de Obesidade no Brasil nos menores de 5 anos nos estudos de 1989 e 1996 foram semelhantes (5,5 e 4,1% respectivamente). Entretanto, houve uma redistribuição do número de casos entre as diferentes regiões do País, acompanhando o desenvolvimento econômico-social de cada uma.

No Nordeste houve uma redução do número de desnutridos e aumento do número de obesos na faixa até os 02 anos de idade, fatos atribuídos à melhoria das condições de saúde, e aos erros alimentares/desmame precoce, respectivamente⁶.

Entretanto, nas Regiões Sul e Sudeste houve um declínio nas taxas de obesidade infantil naquele período. Este fato foi compreendido como um reflexo da melhoria do nível de escolaridade das mães, o que se traduz em desmame adequado e alimentação correta no primeiro ano de vida⁶.

Esses dados ficaram mais evidentes quando se mostrou a prevalência da obesidade entre menores de 05 anos, filhos de mães com maior escolaridade, cair de 9,9% em 1989 para 4,5% em 1999².

Estudo realizado nos EUA em 2006 com crianças e adolescentes entre 05 e 17 anos mostram uma prevalência de obesidade de 29.4% nos meninos e 26.1% nas meninas, chamando mais uma vez a atenção do mundo para esta patologia.⁷

Com relação à fisiopatologia da obesidade, diversos estudos mostram sua etiologia multicausal. Estão envolvidos desequilíbrios bioquímicos da leptina e neuropeptídeo Y, fatores genéticos, fatores ambientais como dieta e atividade física, e fatores psicológicos².

A obesidade infanto-juvenil apresenta ainda como fatores de risco o desmame precoce e incorreto, erros alimentares principalmente no primeiro ano de vida e o sedentarismo entre adolescentes, os quais acabam optando por atividades recreativas ligadas a “videogames” e computadores, gerando baixo consumo energético. Um estudo mostrou que o hábito de assistir televisão por mais de quatro horas por dia esteve relacionado ao maior número de casos de obesidade¹.

Em relação a erros alimentares, observa-se um consumo mais frequente de produtos industrializados, com alto teor energético, de gordura saturada e colesterol, fortemente estimulado pelos meios de comunicação (anúncios em televisão, rádio, etc.). Este direcionamento midiático para o público infantil se tornou tão intenso e danoso à saúde pública que motivou a criação de uma “Norma brasileira de comercialização de alimentos para a idade infantil”⁸. Tal 'Norma' visa melhorar a fiscalização e regulamentação do teor dos alimentos para crianças da primeira infância, e das frases utilizadas nas ações promocionais e rótulos dos produtos.

Entretanto, o fator de risco mais importante relacionado ao aparecimento da obesidade é a frequência de obesidade entre os familiares (principalmente os pais), devido ao somatório da influência genética e dos fatores ambientais, como estilo de vida e hábitos alimentares, sendo este último o principal deles².

As complicações da obesidade infantil são diversas. Podemos citar inicialmente as metabólicas, como hiperinsulinemia, hiperlipidemia e hipertensão arterial. Há também as desordens ortopédicas devido a sobrecarga nas articulações, e alterações dermatológicas como estrias e acantose nigricans². Chama a atenção que estas complicações tem forte impacto na saúde dos indivíduos na fase adulta, visto que a maioria delas se cronifica.

São várias as repercussões da obesidade no que diz respeito aos aspectos psicossociais. O conceito social de corpo perfeito, magro, confronta o estado físico do obeso infantil causando um prejuízo da autoimagem, uma insatisfação corporal, angústia, vergonha, além de discriminação pelos colegas e amigos, prejudicando diretamente seus relacionamentos sociais¹.

6 Metodologia

6.1 Cenário da intervenção

A intervenção será realizada na população infanto-juvenil adscrita do bairro Jardim Ângela, na Unidade Básica de Saúde Jardim Coimbra.

6.2 Sujeitos da intervenção

O projeto de intervenção será direcionado para a população infanto-juvenil da área de cobertura da Unidade Básica de Saúde e que se encontre com sobrepeso ou obesidade, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde.

6.3 Estratégias e ações

Uma Equipe de Saúde da Família composta por médico, enfermeira, nutricionista e agentes comunitárias de saúde (proporcionalmente ao número de habitantes da área) ficará responsável pela aplicação do projeto.

Deverá ser feita uma busca ativa dos casos de Obesidade Infantil dentro da área de cobertura, através das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), também em consultas e nos prontuários médicos da Unidade Básica de Saúde;

Catalogar e tabular os casos de Obesidade Infanto-juvenil na população entre 1 e 14 anos;

Produzir e distribuir cartilhas informativas, além de promover palestras/oficinas sobre alimentação saudável e educação alimentar, de uma forma lúdica e de fácil entendimento pelas crianças e pais;

Orientar os pais sobre a existência de espaços públicos que promovem aulas de vôlei, futebol, natação, para que assim possam incentivar os seus filhos a praticar esportes ao invés de ficarem entretidos com computador, televisão e vídeo-game;

Promover “Seminários Educativos” voltados para os Pais, considerando seus contextos sociais, econômicos e culturais, abordando a situação de vulnerabilidade das crianças frente ao apelo da mídia ao consumo de produtos industrializados.

6.4 Avaliação e Monitoramento

Monitorizar a curva de peso, IMC, perfil lipídico e pressão arterial das crianças e adolescentes através de consultas médicas periódicas;

8 Resultados esperados

Dentre os resultados esperados para o Projeto de Intervenção estão:

- Minimizar o número de casos novos de Obesidade Infantil na área;
- Redução do número de casos de Obesidade Infantil existentes;
- Colocação da curva de peso e IMC das crianças dentro dos parâmetros esperados para a faixa etária;
- Presença de Perfil lipídico, glicídico e cardiovascular adequados para o grupo alvo.
- Estabelecimento de novos hábitos alimentares;

9 Referências

- 1- Rech RR, Halpern R, Mattos AP, Bergmann ML A.; Costanzi CB, Alli LR. Obesidade Infantil: complicações e fatores associados R.Bras. Ci e Mov. 2007; 15(4): 47-56.
- 2- Escrivão MAMS; Oliveira FLC.; Taddei JAAC; Lopez FA. Obesidade exógena na infância e adolescência. Jornal de Pediatria, 2000: 76(3),305-310.
- 3- Sorensen TIA. The genetics of obesity. Metabolism 1995; 44, Suppl 3: 46
- 4- Waterlow JC. Causes and mechanisms of linear growth retardation (stunting). Europ. J . of Clin. Nutr., 48 (suppl.): s1-4, 1994
- 5- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, WHO, 1995
- 6- Neutzling MB, Taddei JAAC, Sigulem DM. Overweight and obesity in Brazilian adolescents. Int J Obes, 2000; 24:1-7.
- 7- Zephier E, Himes JH, Story M, Zhou X. Increasing prevalences of overweight and obesity in northern plains american indian children. Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine. 2006; 160: 34-39.
- 8- Araujo MFM, Rea MF, Pinheiro KA, Schmitz BAS. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil, Rev Saúde Pública 2006;40(3):513-20
- 9- Maia ER, Lima Junior JF, Pereira JS, Eloi AC, Gomes CC, Nobre MMF. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. Rev. Nutr., Campinas, 25(1):79-88, jan./fev., 2012
- 10- Freitas ASS, Coelho SC, Ribeiro RL, Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. Saúde & Amb. Rev., Duque de Caxias, v.4, n.2, p.9-14, jul-dez 2009.
- 11- Costa CD, Ferreira MG, Amaral R. Obesidade infantil e juvenil. Acta Med Port 2010; 23: 379-384
- 12- Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. Rev Saúde Pública 2009;43(1):60-9



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde