



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANNA PAULA SILVA GOMES FERREIRA

ATENDIMENTO BÁSICO DE SAÚDE NA OBESIDADE E SOBREPESO INFANTIL

SÃO PAULO
2020

ANNA PAULA SILVA GOMES FERREIRA

ATENDIMENTO BÁSICO DE SAÚDE NA OBESIDADE E SOBREPESO INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

Quando falamos em obesidade, nada mais é do que excesso de gordura. Fatores como à indisponibilidade e ao alto custo das técnicas que medem diretamente a gordura corporal, o índice de massa corporal (IMC), o qual esta diretamente relacionando ao peso e altura do corpo, foi eleito como medida clínica padrão aceita de sobrepeso e obesidade para crianças de 2 anos ou mais. Três definições são usadas baseadas no IMC no sobrepeso: *Sobrepeso*, *Obesidade* e *Obesidade grave*. Uma vez que se sabe disso, é importante a prevenção do sobrepeso e da obesidade infantil no âmbito da assistência básica de saúde. Sendo assim o objetivo do presente trabalho é conscientizar os pais ou responsáveis das crianças com sobrepeso ou obesidade, da necessidade de mudança de hábitos e alimentação a fim de diminuir os casos da região de Unidade de Saúde Básica (USB) Porto Novo da cidade de Caraguatatuba-SP. Para isso, inicialmente pais e/ou responsáveis serão orientados com palavras simples e claras sobre o que é o sobrepeso e a obesidade infantil, controles com exames periódicos para estimar o excesso de peso corporal serão realizados, além de grupos mensais com palestras com nutricionista, educador físico, médico e enfermeira. Com isso esperamos que principalmente os pais ou responsáveis, sejam capazes de entender a presente condição das crianças e o motivo da necessidade da mudança no estilo de vida, sem esquecer que o acompanhamento médico é fundamental para um tratamento eficaz.

Palavra-chave

Dieta Saudável. Criança. Obesidade.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Quando falamos em obesidade nada mais é do que excesso de gordura. Fatores como à indisponibilidade e ao alto custo das técnicas que medem diretamente a gordura corporal, o índice de massa corporal (IMC), o qual esta diretamente relacionando ao peso e altura do corpo, foi eleito como medida clínica padrão aceita de sobrepeso e obesidade para crianças de 2 anos ou mais. O índice de massa corporal é calculado dividindo-se o peso corporal em quilogramas pela altura em metros ao quadrado. Isso nos fornece uma estimativa razoável de adiposidade na população pediátrica saudável (FREEDMAN et al., 2009). No entanto, o IMC pode superestimar levemente a gordura em crianças pequenas ou com massa muscular relativamente alta e subestimar a adiposidade em uma proporção substancial de crianças, como aquelas com massa muscular reduzida devido a baixos níveis de atividade física (JAVED et al., 2015). Por este motivo, o IMC deve ser visto como uma medida relativa de forma em que se apoia em seus pontos fortes, porém as limitações devem ser consideradas quando o método for empregado sem contextos clínicos e de pesquisa. Para crianças menores de 2 anos, a relação peso/comprimento é a medida aceita de sobrepeso e obesidade.

Isto pode ser realizado de forma que a circunferência da cintura e a relação cintura/quadril são usadas para avaliar a obesidade abdominal, enquanto a espessura das dobras cutâneas é útil como um indicador de adiposidade (LEE, et al., 2013).

Três definições são usadas baseadas no IMC no sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes entre 2 e 20 anos de idade, que são: *Sobrepeso*, IMC igual ou superior a 85% a menor que 95% para idade e sexo; *Obesidade*, IMC igual ou superior a 95% para idade e sexo; *Obesidade grave*: IMC igual ou superior a 120% ou IMC igual ou superior a 35 kg/m² (o que for menor) (Kelly et al., 2013).

A prevalência de obesidade aumentou dramaticamente em crianças em idade escolar (6 a 11 anos) e adolescentes (12 a 19 anos) entre 1976 e 1980 e entre 2009 e 2010 (de 6,5% a 18,0% em crianças e 5,0% a 18,4% em adolescentes) (OGDEN et al., 2012). No entanto, a porcentagem de crianças e adolescentes em cada categoria de peso permaneceu quase estável entre 2000 e 2012. (OGDEN et al., 2014) Além disso, evidências limitadas sugerem que a prevalência de obesidade pode ter diminuído em crianças em idade pré-escolar (idade: 2-5 anos) de 13,9% em 2004 para 8,4% em 2011 e 2012 (OGDEN et al., 2014). No entanto, esse achado isolado referem aos Estados Unidos, para que alcancemos o mesmo resultados políticas publicas de qualidade e contundentes devem ser criadas e aplicadas a fim de reduzir o número na obesidade infantil presente em nosso país. Isso deve iniciar localmente em que cada Unidade Básica de Saúde desempenhe sua atividade alcançando a redução desta estatística que tende aumentas.

Sendo assim, devemos auxiliar na prevenção do sobrepeso e da obesidade infantil no âmbito da assistência básica de saúde. Levando em conta a problemática apresentada, foram observados crianças com o peso acima do percentil recomendado para a idade nas regiões da Unidade Básica de Saúde Porto Novo da cidade de Caraguatatuba-SP. Por se tratar de crianças, muitas vezes os pais ou responsáveis podem não estar cientes da necessidade de uma alimentação balanceada e da prática regular de atividades físicas na manutenção do peso correto para cada faixa etária. Portanto, é muito importante elaborar um plano de ação que leve em consideração os conceitos da atenção primária, em que os profissionais da saúde em conjunto com os pacientes e seus responsáveis estabeleçam metas e estratégias

para a prevenção do sobrepeso e obesidade infantil ou, em casos que o excesso de peso já exista, a inclusão de estratégias de tratamento associadas à prevenção.

Contudo, objetivamos conscientizar os pais ou responsáveis das crianças com sobrepeso ou obesidade, da necessidade de mudança de hábitos e alimentação a fim de diminuir os casos da região de Unidade de Saúde Básica (USB) Porto Novo da cidade de Caragatatuba-SP.

ESTUDO DA LITERATURA

A obesidade infantil é consequência de uma interação entre um conjunto complexo de fatores relacionados ao meio ambiente, à genética e aos efeitos ecológicos, como a família, a comunidade e a escola, sendo desta maneira um problema de saúde pública que podem resultar em vários danos na vida adulta.

Dentre os fatores ambientais, o estresse psicossocial e emocional contribui para o ganho de peso excessivo em crianças. Comportamentos alimentares em crianças e risco de obesidade infantil demonstraram estar associados a estilos de alimentação dos pais, estresse e depressão. Além disso, fatores hereditários parecem ser responsáveis por 30% a 50% da variação na adiposidade nas crianças (BOUCHARD, 1997). Já as causas endócrinas do ganho de peso são identificadas em menos de 1% das crianças e adolescentes com obesidade. Um fator muito importante que deve ser levado em consideração a qualidade do sono das crianças, uma vez que pode estar relacionado a diminuição da sensibilidade à insulina, independentemente da associação com a adiposidade (KOREN et al., 2011).

Durante o primeiro ano de vida, de 5-6 anos e adolescência são os períodos mais comum da obesidade infantil. Isto muitas vezes esta relacionado à hábitos sociais como o consumo de bebidas açucaradas, excesso de ingestão de “fast-food”, dieta rica em alimentos com carboidratos simples e gorduras além do sedentarismo presente na atualidade (WHO, 2016; LINHARES et al., 2016).

Muitas vezes a obesidade infantil está associada a comorbidades resposnsaveis por afetar quase todos os sistemas do corpo, incluindo os sistemas gastrointestinal, endócrino, pulmonar, músculo-esquelético e cardiovascular. Outro problemas presente nos quadros de obesidade infantil, inclui diabetes mellitus tipo 2 (DM2), apneia obstrutiva do sono (AOS), dislipidemia e gordura no fígado, as quais eram relacionadas como doenças “adultas”. A gravidade dessas comorbidades normalmente aumenta com a gravidade da obesidade (SKINNER et al., 2015).

Nos quadros de obesidade infantil, primeiramente deve ser feita a avaliação clínica da criança buscando identificar a causa da obesidade e comorbidades relacionadas à obesidade. A avaliação inclui uma história completa e exames físicos, o que geralmente são suficientes na determinação da causa da obesidade infantil. No entanto, devem ser coletadas informações a respeito do histórico da dieta, bem como das atividades físicas da criança, se a criança é ativa ou não principalmente nas atividades físicas desenvolvidos na escola. Deve ser avaliado também o histórico médico, se a criança faz uso de algum tipo de medicação, ou apresenta alguma comorbidade que leva ao quadro da obesidade infantil. O histórico familiar deve ser realizado a fim de sanar qualquer duvida em casos hereditários ou genéticos (ARMSTRONG et al., 2007).

Spear e colaboradores em 2007 (SPEAR et al., 2007) descreve o tratamentos para os quadros de obesidade infantil em 4 estágios, sendo estes: Estágio 1 (Prevenção), Estagio 2 (Gerenciamento estruturado do peso), Estágio 3 (Intervenção Multidisciplinar Abrangente), Estágio 4 (Intervenção Terciária).

O estágio 1 (Prevenção) pode ser implementado em um consultório de atendimento primário, os quais deveram ser empregados a criança a alimentação de 5 ou mais porções de frutas e

vegetais por dia, minimizar ou eliminar o consumo de bebidas que contêm açúcar, < 2 horas de tempo de tela (televisão, computadores e vídeo game) e >1 hora de atividade física por dia. O Estágio 2 (Gerenciamento Estruturado de Peso) pode ser implementado em um consultório de cuidados primários com um nutricionista, incluindo desta forma as diretrizes do estágio 1 mais estrutura aumentada de refeições e lanches, com atenção à densidade energética dos alimentos. O Estágio 3 (Intervenção Multidisciplinar Abrangente) pode ser implementado em um consultório de cuidados primários com uma equipe multidisciplinar e instalações externas para atividade física estruturada, inclui diretrizes do estágio 2, mais atividade física estruturada e programa alimentar. O estágio 4 (intervenção terciária) pode ser idealmente implementado em um centro de controle de peso pediátrico com uma equipe multidisciplinar com experiência em obesidade pediátrica, além das recomendações do estágio 3, medicamentos, regimes alimentares extremamente estruturados ou cirurgia bariátrica

As metas de perda de peso são determinadas pela idade e gravidade da obesidade da criança e comorbidades relacionadas. A manutenção do peso pode ser uma meta apropriada para crianças com obesidade leve, porque o IMC diminui à medida que as crianças ganham altura. Por outro lado, a perda de peso é recomendada em crianças com obesidade grave e naquelas com comorbidades (SPEAR et al., 2007).

Estratégias comportamentais voltadas para a diminuição da ingestão calórica geral, a diminuição do tempo sedentário e o aumento da atividade física são a pedra angular do controle de peso pediátrico. São recomendadas abordagens comportamentais baseadas na família que incluem os pais ou responsáveis pela criança. A participação exclusiva dos pais demonstrou ser eficaz no tratamento da obesidade infantil e observou-se dar melhores resultados em comparação à participação apenas da criança. Além disso, a entrevista motivacional é uma técnica de aconselhamento sem julgamento e centrada no paciente que envolve escuta reflexiva e aborda a ambivalência de um paciente em mudar e usa os valores do paciente para resolver essa ambivalência (RESNICOW et al., 2015).

É importante destacar que a prevenção do sobrepeso e da obesidade continua sendo o melhor caminho. Além disso a promoção da alimentação saudável durante a primeira infância se mostra como a mais eficiente, pois este é o período em que os gostos alimentares da criança estão sendo formados e, portanto, a preferência por alimentos de melhor qualidade pode ser facilmente implementada. É incentivado que os pais forneçam alimentos saudáveis as crianças nestas faixa etária, além de que as crianças escolham a quantidade que desejam comer destes alimentos (OLIVEIRA et al., 2019). Ações de caráter educativo são necessárias na sociedade, uma vez que a equipe de saúde multidisciplinar capacitada sobre o assunto (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos) seja um dos responsáveis pela disseminação de informações relacionadas à hábitos de vida saudáveis servido assim como base para a qualidade de vida da criança e sua família (LINHARES et al., 2016).

AÇÕES

As intervenções propostas como metodologia aplicável para os responsáveis dos pacientes com quadros de obesidade infantil na Unidade Básica de Saúde Porto Novo da cidade de Caraguatatuba-SP, será realizada principalmente por meio dos responsáveis, uma vez que são os pais ou responsáveis legais quem faz o preparo da alimentação dessas crianças, buscando alcançar o sucesso e melhora dos quadros uma vez que a obesidade pode levar problemas secundários como Diabetes, Hipertensão Arterial, Acidentes Vascular Cerebral entre outro. Isto será possível principalmente por meio de orientação básica e com palavras simples aos responsáveis a fim de atingir ao final as crianças com sobrepeso. Para tanto, As equipes serão formadas por um médico, enfermeira chefe, um psicólogo, um nutricionista e um educador físico, além dos agentes comunitários da saúde.

Inicialmente será feito um levantamento dos paciente pediátricos que apresentam quadro de sobrepeso, e então será montado um grupo chamado “Criança Saudável”. Este grupo será organizado pela enfermeira chefe do UBS Porto Novo, a qual estará com todo cronograma e organizará os encontros e palestras em que o publico alvo será os responsáveis das crianças com sobrepeso. Os encontros aconteceram de forma mensal e terá duração de 12 meses.

Nestes encontros serão abordados através do medico responsável, assuntos específicos relacionados aos problemas que podem acarretar o sobrepeso das crianças, como problemas posturais, e doenças secundarias que podem levar a pior qualidade da criança, porem podem ser evitadas caso a rotina seja alterada. Assuntos relacionados a educação alimentar e física destas crianças através de ensinamentos básicos sobre alimentação de qualidade e a importância das atividades físicas para estes pacientes serão explanadas pelo nutricionais e educador físico. E uma palestra com um psicólogo será realizada a fim de fazer os pais entenderem que além dos problemas de saúde, e morbidades que podem acarretar o sobrepeso essas crianças podem crescer com dificuldade de se relacionar por “bullying” ou outros problemas sociais.

Meses	Tema	Profissional
Janeiro	Apresentação do programa e da equipe responsável aos pais	Toda Equipe
Fevereiro	Obesidade infantil: as causas, os riscos e prevenção	Médico

Março	Alimentação saudável desde a infância	Nutricionista
Abril	Atividades física para crianças	Educador Físico
Mai	Qualidade de vida da criança com sobrepeso ou obesa	Médico
Junho	Problemas de saúde causado pela obesidade infantil	Médico
Julho	Tipos de alimentos essenciais para criança	Nutricionista
Agosto	O que você precisa saber sobre alimentos industrializados e “fast food”	Nutricionista
Setembro	Montando um prato de café da manhã, almoço e janta com qualidade para a criança	Nutricionista
Outubro	Exercícios físico para criança: a melhor maneira de introdução a uma vida saudável	Educador Físico
Novembro	Obesidade infantil uma visão holística	Médico

Além dos encontros e palestras, cada família com crianças que tem sobrepeso ou obesidade passará por acompanhamento mensal com médico para realização de exames para avaliação de excesso de peso corporal (IMC, relação cintura-quadril e pregas cutâneas) dos pacientes, para avaliar se houve melhora do quadro, ou se alguma alteração no tratamento será necessária. Além das avaliações mensais com nutricionista para que ela oriente a família sobre alimentação, já que é uma doença diretamente ligada à alimentação e atividade física.

A avaliação físico das crianças serão realizadas de 6 em 6 meses com exercícios que possam ser feitos em casa, relacionado a intensidade e opções para que além da educação alimentar a educação física possa ser utilizada como auxílio no processo de emagrecimentos das crianças.

Serão divididos os tratamento em dois tipos, ou seja, paciente que apresentam obesidade secundária advinda de problemas pré-existentes como hipoparatiroidismo e doenças das adrenais serão investigadas pelo médico, e tratadas pontualmente com as medicações necessárias para a alteração primária e então o acompanhamento com nutricionista e educador físico será iniciado em seguida. Para os paciente que apresentam sobrepeso porém sem doença pregressa, será de imediato inserido ao acompanhamento com medico, nutricionista e educador físico.

RESULTADOS ESPERADOS

Conscientizar os pais ou responsáveis, dos problemas que a obesidade infantil pode acarretar imediata ou tardiamente nas crianças entendendo assim o motivo da necessidade da mudança no estilo de vida, sem esquecer que o acompanhamento médico é fundamental para um tratamento eficaz.

Além disso, diminuir o número de crianças com quadro de sobrepeso e obesidade, através das palestras e acompanhamentos multiprofissional que serão realizado na USB Porto Novo, de forma que o programa possa ser além de aplicável, funcional com resultados positivos no contexto geral, melhorando a qualidade de vida das crianças e conscientizando de forma a seguir com este padrão a fim de uma crescimento e desenvolvimento saudável destas crianças.

REFERÊNCIAS

- ARMSTRONG, S., LAZORICK, S., HAMPL, S. et al. Physical examination findings among children and adolescents with obesity: an evidence-based review. *Pediatrics*. v. 137, p. e20151766, 2016.
- BOUCHARD, C. Genetic determinants of regional fat distribution. *Hum Reprod*. 1997; 12: 1-5
- FREEDMAN, D.S. AND SHERRY, B. The validity of BMI as an indicator of body fatness and risk among children. *Pediatrics*. v. 124, p. S23-S34, 2009.
- JAVED, A., JUMEAN, M., MURAD, M.H. et al. Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Obes*. v. 10, p. 234-244, 2015.
- KELLY, A.S., BARLOW, S.E., RAO, G, AND AMERICAN HEART ASSOCIATION ATHEROSCLEROSIS, HYPERTENSION, AND OBESITY IN THE YOUNG COMMITTEE OF THE COUNCIL ON CARDIOVASCULAR DISEASE IN THE YOUNG, COUNCIL ON NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY AND METABOLISM, AND COUNCIL ON CLINICAL CARDIOLOGY. Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. v. 128, p. 1689-1712, 2013.
- KOREN, D., LEVITT KATZ, L.E., BRAR, P.C., GALLAGHER, P.R., BERKOWITZ, R.I., AND BROOKS, L.J. Sleep architecture and glucose and insulin homeostasis in obese adolescents. *Diabetes Care*. v. 34, p. 2442-2447, 2011.
- LEE, S., BACHA, F., GUNGOR, N., AND ARSLANIAN, S.A. Waist circumference is an independent predictor of insulin resistance in black and white youths. *J Pediatr*. v. 148, p. 188-194, 2006.
- LINHARES FMM, SOUSA KMO, MARTINS ENX, BARRETO CM. Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. *Temas em saúde*. v. 16, p. 460-481, 2016.
- OGDEN, C.L., CARROLL, M.D., KIT, B.K., AND FLEGAL, K.M. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*. v. 311, p. 806-814, 2004.
- OGDEN, C.L., CARROLL, M.D., KIT, B.K., AND FLEGAL, K.M. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*. v. 307, p. 483-490, 2012.
- OLIVEIRA AC, RIBEIRO DM, CAMARGO EM, SOARES LG, ABREU AS, SOARES LG. Obesidade infantil e enfrentamento familiar. *Revista Paranaense de Enfermagem*. v. 2, p. 41-50, 2019.
- RESNICOW, K., MCMASTER, F., BOCIAN, A. et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*. v. 135, p. 649-657, 2015.
- SKINNER, A.C., PERRIN, E.M., MOSS, L.A., AND SKELTON, J.A. Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. *N Engl J Med*. v. 373, p. 1307-1317, 2015.
- SPEAR, B.A., BARLOW, S.E., ERVIN, C. et al. Recommendations for treatment of child and

adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. v. 120, p. S254–S288, 2007.

World Health Organization (WHO). Report of the commission on ending childhood obesity. Washington: WHO; 2016.