

PROGRAMA DE TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL DA OBESIDADE: OS DESAFIOS DA PRÁTICA

Glauco Barnez Pignata Cattai^{*}
Fabiana Alonso Rocha^{*}
Luzia Jaeger Hintze^{*}
Bruno Guilherme Morais Pagan^{**}
Nelson Nardo Junior^{***}

RESUMO

O aumento da prevalência da obesidade entre crianças e adolescentes representa um complexo desafio para as famílias e a sociedade, pois, uma vez instalada, predispõe a uma série de comorbidade, além de afetar, de forma expressiva, a qualidade de vida dessas pessoas. Deste modo, a Associação de Obesos de Maringá - AOM, em parceria com o Departamento de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá, vem desenvolvendo, há aproximadamente dois anos, o programa Vivendo com Saúde, que atende adolescentes de 11 a 17 anos. O propósito deste trabalho foi descrever as características do programa e dos participantes, comparando-o a outros programas similares. O programa tem duração de 16 semanas por semestre. Até o primeiro semestre de 2007, foram atendidos 40 adolescentes, dos quais 29 concluíram o programa. A taxa de desistentes é comparável a de outros estudos e representa uma questão a ser trabalhada nestes programas. Outro aspecto comum entre os vários programas analisados e a presente intervenção diz respeito à redução de peso, que costuma ser pequena. No entanto, há evidentes melhoras na aptidão física dos participantes.

Palavras-chave: Obesidade. Saúde. Adolescente.

INTRODUÇÃO

A obesidade vem apresentando-se como um dos maiores problemas de saúde pública, pois, além de apresentar alta prevalência, configura-se como fator de risco, desencadeador de diversas doenças crônico-degenerativas como a hipertensão, as dislipidemias, o diabetes mellitus tipo II e as doenças cardiovasculares⁽¹⁾.

A prevalência da obesidade tem crescido de maneira alarmante nas últimas décadas em países industrializados, bem como nos países em desenvolvimento, caracterizando-a como doença crônica e epidêmica, tornando-se, assim, um dos principais problemas de saúde pública⁽²⁾.

Atualmente, estima-se que exista 1 bilhão de pessoas com sobrepeso em todo o mundo, sendo que, desses, 300 milhões são considerados clinicamente obesos⁽³⁾. No entanto, a prevalência varia entre os países e entre suas regiões. Em

países industrializados como EUA, a prevalência de sobrepeso já atinge aproximadamente 60% da população, sendo que, desses, 30% são obesos⁽⁴⁾. No Brasil, estima-se que o sobrepeso já é encontrado em 40% da população, sendo que só a obesidade já apresenta prevalência de 15%⁽⁵⁾.

Além disso, as crianças e os adolescentes, também, passaram, nos últimos anos, a apresentar prevalências alarmantes de obesidade, problema antes observado com maior frequência nos adultos. Nos EUA, estudos populacionais estimaram um aumento de 39% na prevalência de obesidade nos últimos 30 anos em adolescentes de 12 a 17 anos e, ainda mais alarmante é o aumento da prevalência entre crianças de 6 a 11 anos, que foi 54% para o mesmo período⁽⁶⁾.

O Brasil, também, apresenta grande número de crianças e adolescentes obesos, com estudos apontando para a prevalência de 28,6% de

^{*} Acadêmico do Curso de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Bolsista do Programa de Educação Tutorial do Departamento de Educação Física (PET/DEF/UEM).

^{**} Acadêmico do Curso de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

^{***} Educador Físico. Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Educação Física da UEM. Tutor do PET/DEF/UEM.

sobrepeso e obesidade, em escolares da cidade de Presidente Prudente-SP⁽⁷⁾. Outro estudo⁽⁸⁾ demonstra que houve aumento de 4,1% para 13,9% no número dos casos de obesidade, comparando levantamentos da década de 70 com a de 90.

Seidell⁽⁹⁾ alerta que, se medidas não forem tomadas para a superação deste problema, a situação tende a se agravar ainda mais nos próximos anos. A literatura da área, por sua vez, tem demonstrado a falta de êxito no tratamento desta doença a longo prazo, com exceção da cirurgia bariátrica.

Por outro lado, estudos demonstram que o sucesso do tratamento está fortemente associado à prontidão para mudanças no estilo de vida, ou seja, prática regular de atividade física e alimentação balanceada^(10,11).

Deste modo, o presente estudo teve por objetivo descrever a evolução das experiências no tratamento multiprofissional da obesidade em adolescentes, realizado por meio de uma parceria da Associação dos Obesos de Maringá (AOM) com a Universidade Estadual de Maringá (UEM), da seleção dos candidatos ao programa de intervenção e apresentar os principais resultados conquistados até o presente momento.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva tem por objetivo descrever os fatos sem intervir neles. O projeto teve seu início em agosto de 2005. Nesse período, foram oferecidas aos adolescentes aulas de atividade física (AF), duas vezes por semana, orientadas por professores de Educação Física da UEM. Além disso, foram realizados encontros semanais com nutricionistas, para reeducação alimentar, e quinzenais, com psicólogos, para trabalhar a motivação e dar suporte às mudanças comportamentais necessárias à reeducação alimentar e à AF. Desde então, ingressaram, no programa, 40 adolescentes, dos quais 29 (72,5%) permaneceram até o final do tratamento.

Inicialmente, a seleção dos inscritos ocorria por meio de entrevista. Após as duas primeiras experiências, foi incluído, na seleção, um instrumento de avaliação do estágio de

prontidão para mudanças dos adolescentes, para isso, passou-se a adotar o questionário *Stage of Change* (SOC) adaptado de Sutton et al (2003)⁽¹³⁾. A partir da quarta seleção dos participantes, incluiu-se também o questionário *Physical Self Description Questionnaire* (PSDQ), adaptado de Marsh (1999)⁽¹⁴⁾, usado para a auto-avaliação de 11 aspectos relacionados à aptidão física, auto-estima, auto-imagem, nível de AF e *status* de saúde.

Com o aperfeiçoamento das experiências adquiridas com os grupos anteriores, o projeto passou a realizar as seguintes avaliações além do peso e altura, flexibilidade, força de membros superiores, resistência da musculatura abdominal, aptidão cardiorrespiratória e circunferências abdominais, quadril e cintura. Os dados obtidos foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de ($p < 0,05$).

Os aspectos éticos foram seguidos conforme regulamentado pela Resolução 196/96. O termo de consentimento livre e esclarecido, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, parecer nº 112/08, foi assinado pelos pais dos adolescentes envolvidos no projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma das mudanças que ocorreu na intervenção foi que esta passou a ter um período de permanência máximo de um ano, baseado em experiência internacional⁽¹¹⁾, sendo que os encontros passaram de dois para quatro por semana, com os profissionais da Educação Física. Destes, um é utilizado para a mensuração do peso e da estatura e para orientações a respeito dos efeitos e da importância da AF no processo de emagrecimento. Nessas ocasiões, também são ressaltadas, rotineiramente, a necessidade de regularidade na prática de AF e a adoção de hábitos alimentares compatíveis com os objetivos apresentados. Os outros três encontros são utilizados para a realização de AF, que tem duração aproximada de 70 min cada. A orientação nutricional continuou sendo realizada semanalmente e a psicológica passou a ser semanal também.

A intervenção dos profissionais da Educação Física apresenta variação no tempo e na intensidade das atividades físicas. Inicialmente, são empregadas atividades lúdico-recreativas, a partir das quais é possível analisar o nível de desenvolvimento motor dos adolescentes e características da personalidade. Tal estratégia também foi relatada pelos grupos de intervenção da Unifesp⁽¹⁵⁾, CEPEUSP⁽¹⁶⁾ e UFSCAR⁽¹⁷⁾. Isso indica que as atividades lúdico-recreativas, quando adaptadas ao contexto, podem desempenhar importante papel no programa, tendo em vista que elas estimulam a participação, podendo reduzir os níveis de desistência.

Outra estratégia que se mostrou eficaz foi o uso de atividades coletivas como os esportes, notadamente o basquete. Como os grupos são formados por adolescentes de ambos os sexos e em diferentes níveis maturacionais, torna-se importante uma modalidade cujas características não interfiram na participação, proporcionando

um exercício de intensidade moderada/alta, com duração mínima de 30 min, no início do segundo mês, aumentando gradativamente com o passar dos meses.

As atividades de cada sessão, após o segundo mês, passam a ter duração superior a 1 hora. Deste modo, utiliza-se cerca de 15 min iniciais para realização de exercícios de alongamento e de força/resistência muscular, em seguida, na parte principal da sessão, cerca de 40 min de atividade aeróbia de intensidade moderada/alta e 10 min finais de volta à calma, com exercícios de alongamento. No quarto mês, a parte principal passa a ter duração aproximada de 50 min, enquanto a parte inicial e a final mantêm-se inalteradas. Este esquema obedece aos princípios do treinamento (sobrecarga e adaptação) e tem se mostrado eficaz na questão da melhoria da aptidão física e da prontidão para mudança, conforme demonstram as Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Valores médios obtidos nas avaliações antropométricas e nos testes de aptidão física, entre o grupo (ingressantes) e nos concluintes (pré x pós) Maringá-PR, 2007.

Variável	Pré-teste (n=20)	Pré-teste (n=10)	Pós-teste (n=10)	Melhora (%)
Peso (Kg)	78,64 (±10,90)	74,63 (±9,59)	72,52 (±7,90)	2,53 (±4,31)
Altura (m)	1,61 (±0,06)	1,58 (±0,04)	1,60 (±0,04)	-
IMC (Kg/m ²)	30,15 (±3,55)	29,70 (±3,23)	28,45 (±2,77)	4,02 (±3,62)
CC (cm)	91,75 (±7,17)	92,13 (±1,44)	88,50 (±1,29)	3,90 (±2,84)**
CQ (cm)	109,44 (±6,61)	109,13 (±4,63)	105,38 (±4,82)	3,44 (±1,25)
CA (cm)	102,02 (±7,90)	101,70 (±2,97)	97,00 (±2,16)	4,52 (±4,75)**
RCQ(cm)	0,84 (±0,05)	0,85 (±0,04)	0,84 (±0,03)	0,82 (±1,99)
Flexibilidade (cm)	22,82 (±8,44)	24,00 (±9,67)	26,88 (±10,30)	16,5 (±34,30)
Força Memb. Sup. (rep.)	1,56 (±1,79)	1,40 (±1,67)	4,40 (±1,52)	256,25 (±119,68)**
Resist. Abdominal (rep)	20,39 (±6,77)	22,00 (±5,07)	37,67 (±7,76)	180,39 (±47,66)**
Aptidão Aeróbia (min)	14,31 (±1,24)	14,21 (±1,53)	11,43 (±1,69)	19,78 (±4,62)**

**Diferença significativa $p < 0,01$

Como pode ser observado na Tabela 1, os indicadores de adiposidade central apresentaram redução significativa após PMTO. Estes resultados têm importantes implicações do ponto de vista fisiológico, pois estão associados ao maior risco de distúrbios endócrino-metabólicos como o diabetes e a hipertensão, além disso, contribuem para o desenvolvimento de problemas de imagem corporal. Com a redução verificada, diminuem-se estes riscos,

possibilitando ainda uma reintegração social (Insula)⁽¹⁸⁾.

Os componentes da aptidão física: força de membros superiores, resistência abdominal e aptidão aeróbia, em conjunto, demonstram que o PMTO proporcionou ganhos muito significativos e consequentemente, favoreceu as atividades da vida diária desses adolescentes.

Os demais parâmetros, apesar de não apresentar diferenças estatisticamente significativas,

demonstraram melhoras importantes. No caso da massa corporal, por exemplo, é evidente que houve redução da adiposidade, conforme indicam as medidas de circunferência. No entanto, provavelmente, paralelo a isso, ocorreu o aumento da massa muscular, refletida nos testes de força e resistência. Contudo, tais parâmetros seriam melhor explorados com a

avaliação da composição corporal apropriada para adolescentes obesos.

A diferença no tamanho da amostra (25, nas Tabelas 2 e 3, e 20, na Tabela 1) deve-se ao fato de que os instrumentos (PSDQ e SOC) foram usados no momento da seleção e as medidas antropométricas, no início do PMTO.

Tabela 2 – Pontuação média obtida pelo SOC, no grupo (seleção) e nos concluintes (pré x pós). Maringá-PR, 2007.

Domínios SOC	Seleção (n=25)	Concluintes (n=10)	
		Pré	Pós
Porções (tam. e qtde.)	64,44 (±10,30)	54,44 (±7,86)	72,22 (±7,86)**
Qtde. gordura na dieta	60,22 (±17,86)	61,82 (±20,37)	78,91 (±6,88)*
Cons. Frutas/vegetais	58,58 (±16,18)	52,44 (±17,96)	67,56 (±11,72)*
Prática de AF	49,87 (±14,43)	56,89 (±11,50)	56,89 (±11,07)
Tempo AF	132,05 (±172,99)	153,00 (±137,82)	229,00 (±78,45)

*Diferença significativa $p < 0,05$

**Diferença significativa $p < 0,01$

A Tabela 2 reflete o perfil do grupo, no momento da seleção, e a evolução daqueles que concluíram o programa. Diferenças significativas foram observadas nos domínios relacionados aos hábitos alimentares. Apesar disso, nos domínios relativos à atividade física, por causa da grande variação de resultados, não foram constatadas diferenças significativas.

Contudo, destaca-se que tais comportamentos estão intimamente ligados às chances de sucesso, em médio e longo prazo, e nesse sentido, o PMTO atingiu os seus objetivos.

A Tabela 3 apresenta os resultados da auto-avaliação física, obtida no momento da seleção e ao final do programa, por meio do instrumento PSDQ.

Tabela 3 - Pontuação média obtida pelo PSDQ, no grupo (seleção) e nos concluintes (pré x pós). Maringá-PR, 2007.

Escala PSDQ	Seleção (n=25)	Concluintes (n=10)	
		Pré	Pós
Status de Saúde	36,80 (±6,98)	34,75 (±7,27)	43,75 (±4,03)**
Coord. Motora	20,24 (±6,67)	22,25 (±9,95)	28,00 (±6,98)
AF Habitual	19,24 (±8,73)	20,25 (±10,63)	28,75 (±4,27)*
Gord. Corporal	11,32 (±4,77)	13,00 (±2,83)	17,25 (±6,18)
AM Perform. Esport.	21,84 (±8,58)	22,25 (±10,90)	29,00 (±6,98)
Conceito Fís. Geral	14,16 (±6,45)	10,25 (±5,68)	20,75 (±7,72)**
Aparência	20,28 (±7,50)	21,75 (±9,67)	22,75 (±7,97)
Força	25,64 (±6,73)	24,25 (±8,26)	28,75 (±7,09)
Flexibilidade	17,28 (±8,28)	21,25 (±11,70)	26,50 (±5,51)
Aptidão Aeróbia	13,72 (±6,85)	15,00 (±11,17)	23,75 (±9,11)
Auto-estima	32,12 (±7,03)	35,50 (±6,14)	39,25 (±2,22)

*Diferença significativa $p < 0,05$

**Diferença significativa $p < 0,01$

Entre as 11 escalas do PSDQ, encontraram-se diferenças significativas no status de saúde, atividade física habitual e conceito físico geral. Chama a atenção o fato de que este instrumento indicou diferença significativa no nível de atividade física, enquanto que o SOC não

detectou tal mudança. Como ainda não há, na literatura da área, estudos comparando esses instrumentos, não é possível afirmar que haja superioridade de um em relação ao outro, nesse ponto.

Em relação aos benefícios indicados pelas escalas *status* de saúde e conceito físico geral, é possível inferir que os adolescentes avançaram em dois importantes aspectos ligados à qualidade de vida.

A despeito de não terem sido encontradas diferenças significativas nas demais escalas, pode-se confrontar algumas delas como força e aptidão aeróbia, com os resultados obtidos pelos testes que indicaram diferenças significativas. Nota-se que o instrumento apontou melhoras, porém, por causa do tipo de escala, provavelmente não foi sensível o suficiente.

Num contexto geral, no entanto, os instrumentos revelaram expressivas mudanças, mesmo considerando-se o breve período de intervenção do grupo analisado. Possivelmente, em uma intervenção de maior duração, estes benefícios tendem a se potencializar. Além disso, é provável que, em um grupo sem intervenção (controle), os resultados tendessem a piorar, enquanto que a tendência, no grupo intervenção, foi de melhora.

Com base no que foi relatado pelos programas de intervenção, realizados pelas universidades paulistas (UNIFESP, USP e UFSCAR)^(15,16,17), pelo INSULA⁽¹⁸⁾ da Alemanha e constatado no presente estudo, fica evidente

ser necessário que os sujeitos devam estar preparados o suficiente, para receber tratamento sistemático em longo prazo. Para isso, os instrumentos SOC e PSDQ podem evidenciar aspectos relevantes para o sucesso do tratamento. Há, inclusive, relatos de grupos que comparam este tipo de tratamento com o de outros transtornos como anorexia nervosa, alcoolismo, tabagismo e até mesmo dependência de drogas.^(11,18)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se concluir que um PMTO pode contribuir, de maneira substancial, para a redução da adiposidade, com efeitos benéficos sobre os aspectos de integração social e de autopercepção física que certamente contribuem para a promoção da saúde desses adolescentes.

No entanto, deve-se salientar que, apesar de todos os benefícios advindos do programa, é indispensável que o participante adote uma postura ativa frente ao problema, tendo em vista que mudanças dos hábitos alimentares e a prática de AF serão necessárias para o êxito do tratamento.

MULTIPROFESSIONAL TREATMENT PROGRAM OF THE OBESITY: THE CHALLENGES OF THE PRACTICE

ABSTRACT

The increase in the prevalence of obesity among children and adolescents represents a complex challenge for families and society at large, because once manifested, this condition can lead to several comorbidities and significantly affect the quality of life of those involved. As a result, the Maringá Obesity Association (AOM) in cooperation with the Physical Education department at the State University of Maringá have been developing for almost 2 years a program named "Living Healthy", which assists youngsters between 11 and 17 years old. The purpose of this study was to describe the characteristics of the program and its participants, comparing it to others similar programs. The program has the duration of 16 weeks per semester. Up to the first semester of 2007, 40 teenagers had been assisted, of which 29 finished the program. The drop-out rate is comparable to other studies, and represents an issue to be dealt in these programs. Another aspect in common with many other analyzed programs has to do with actual weight reduction, which has usually been unsatisfactory. Nonetheless, there have been evident improvements in the physical aptitude of participants.

Key words: Obesity. Health. Adolescent.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO MULTIPROFESIONAL DE LA OBESIDAD: LOS DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA

RESUMEN

El aumento del predominio de la obesidad entre niños y adolescentes representa un complejo desafío para las familias y la sociedad, porque una vez que esto se instala puede causar muchas comorbidades, y afecta muy expresivamente la calidad de vida de estas personas. De este modo, la Asociación de Obesos de Maringá – AOM, en sociedad con el Departamento de Educación Física de la Universidad Estatal de Maringá, viene desarrollando, hace aproximadamente 2 años, el programa Viviendo con Salud, que atiende adolescentes de 11 a 17 años. El propósito de este trabajo fue describir las características del programa y de los participantes, comparándolo con los otros programas similares. El programa tiene la duración de 16 semanas por semestre. Hasta el primer semestre de 2007, fueron atendidos 40 adolescentes, de estos 29 concluyeron el programa. La tasa de desistimientos es comparable a otros estudios y representa una cuestión a ser trabajada en estos programas. Otro aspecto común entre los varios programas analizados y la presente intervención dice respecto a la reducción de peso, que acostumbra ser pequeña. Sin embargo, hay evidentes mejoras en la aptitud física de los participantes.

Palabras Clave: Obesidad. Salud. Adolescente.

REFERÊNCIAS

1. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
2. Monteiro CA. Epidemiologia da obesidade. In: Halpern A, et al. Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, DF: OPAS; 2003.
4. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics-2006 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2006;113:85-151.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
6. U.S. Department of Health Services. Physical Activity and Health: a report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Control and Prevention and Health Promotion; 1996.
7. Fernandes RA, Kawaguti SS, Agostini L, Oliveira AR, Ronque VE, Freitas Júnior IF. Prevalência de sobrepeso e obesidade em alunos de escolas privadas do município de Presidente Prudente – SP. Rev Cineantrop Desempenho Hum. 2007;9(1):21-7.
8. Wang Y, Monteiro CA, Popikim BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. Am J Clin Nutr. 2002;(75):971-7.
9. Seidell JC. A atual epidemia da obesidade. In: Bouchard C. Atividade física e obesidade. Barueri-SP: Manole; 2003.
10. National Institute of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Bethesda, MD: NIH; 1998. (NIH Publication n. 98-4083).
11. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Cognitive behavioral treatment of obesity. New York: Guilford Press; 2003.
12. Thomas JR, Nelson JK. Métodos de pesquisa em atividade física. 5ª ed. São Paulo: Artmed; 2007.
13. Sutton K, Logue E, Jarjoura D, Baughman K, Smucker W, Capers C. Assessing dietary and exercise stage of change to optimize weight loss interventions. Obes Res. 2003;11(5):641-52.
14. Marsh H. Physical Self Description Questionnaire 1999. [monografia na Internet]. [acesso em 2006 maio 05]. Disponível em: <http://self.uws.edu.au/Intruments/psdq%20package/psdq.htm>
15. Cuvello LC, Fisberg M, Vilar APF, Oliveira CL. Hospitais universitários-projeto atividade para obesos (PAPO) -UNIFESP-EPM. In: Dâmaso A. Obesidade. Rio de Janeiro, Medsi; 2003.
16. Souza CC. Programa multiprofissional de tratamento, não medicamentoso, da obesidade. In: Dâmaso A. Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
17. Dâmaso A, Botero JP, Guerra RLFG. Modelo de atuação multiprofissional em obesidade-Universidade Federal de São Carlos. In: Dâmaso A. Obesidade. Rio de Janeiro, Medsi; 2003.
18. Siegfried W, Siegfried A. Terapia para obesidade extrema (uma consideração específica para reabilitação a longo prazo): modelo do centro de reabilitação em obesidade do INSULA-Alemanha. In: Dâmaso A. Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

Endereço para correspondência: Glaucio Barneiz Pignata Cattai. Rua Vaz Caminha, 1197, Zona 2. CEP: 87010-420. Maringá – PR. E-mail: glaucocattai@yahoo.com.br.

Recebido: 30/09/2007. Aprovado: 30/03/2008.