

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM ADOLESCENTE COM OBESIDADE GRAVE: RELATO DE CASO

Márcia de Fátima Corrêa Alves¹; Leiliane Cruz Reis¹; Romênia Vidal de Freitas Estrela²; Rosilene Reis Della Noce³

¹Graduação, ²Mestrado, ³Doutorado
Universidade Federal do Pará (UFPA)
marcia.alves_19@live.com

Introdução: A obesidade tornou-se um grande problema de saúde pública mundial. No Brasil, o processo de transição nutricional caracterizou-se pela redução da desnutrição infantil e aumento da prevalência de obesidade na população. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009) revelou alta prevalência de excesso de peso entre crianças e adolescentes brasileiros, pois 37,2% das crianças de 10 a 11 anos apresentaram sobrepeso/obesidade¹. O impacto da obesidade infantojuvenil é tema recorrente e merece atenção. Tem efeitos precoces na saúde cardiovascular e metabólica do indivíduo, com maior risco para a elevação de triglicérides e colesterol, hipertensão, alterações ortopédicas, dermatológicas e respiratórias, além de doenças e agravos antes notados apenas nos adultos e idosos². Por isso, a obesidade em idade precoce é considerada um dos maiores problemas nutricionais da atualidade, com consequências a curto e longo prazo. Nesse sentido, estudos sobre os casos de obesidade na infância e adolescência podem contribuir para a maior compreensão dessa temática, tanto no campo da pesquisa, suscitando novas perspectivas de estudos, quanto no avanço da atenção a esses pacientes, fortalecendo e promovendo políticas de enfrentamento. **Objetivos:** Relatar caso clínico de adolescente diagnosticada com obesidade grave em assistência nutricional, analisando a influência da situação socioeconômica e estilo de vida sobre seu estado nutricional e intervenção nutricional. **Métodos:** Estudo de caso realizado no ambulatório do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, no Centro de Referência em Obesidade, com atendimento multiprofissional, que objetiva assistir crianças e adolescentes diagnosticados com obesidade e/ou sobrepeso associado a morbidades. Foi selecionada uma adolescente de 17 anos em assistência nutricional desde Fevereiro de 2016, após procura pelo serviço, acompanhada por sua responsável, sendo esclarecida sobre o programa, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na primeira consulta, a paciente foi submetida ao protocolo de atendimento: anamnese detalhada, avaliações nutricionais, socioeconômica e do nível de atividade física. Para a avaliação do estado nutricional, realizou-se medidas de peso, altura e circunferência da cintura (CC) e a composição corporal através da Bioimpedância Elétrica - BIA (InBody 230). As informações da antropometria foram registradas no software AnthroPlus com diagnóstico pelo Z-Escore das curvas de 2007 estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde. Para o consumo alimentar utilizou-se Recordatórios 24h (R24h), posteriormente calculados no software DietSmart (versão 7.2 2016). Para o nível de atividade física, aplicou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) adaptado para essa faixa etária³. Este programa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará nº 825.074/2014. **Resultados e Discussão:** A paciente buscou pelo atendimento alegando prejuízos físicos e emocionais que o excesso de peso causa à sua saúde e autoestima. Durante a anamnese, relatou tentativas anteriores de emagrecimento sem acompanhamento profissional, com adoção de dietas restritivas, sem sucesso a longo prazo, exercendo sobre si demasiada cobrança para se encaixar nos padrões estéticos socialmente mais aceitos. De modo preocupante, a obesidade nessa etapa da vida traz, além das consequências metabólicas, outras implicações de cunho psicológico e comportamental que levam ao isolamento, ansiedade, depressão e

dificuldades sociais, podendo predispor o surgimento de distúrbios alimentares⁴. A família é composta por cinco pessoas (pai, madrasta, a adolescente e suas duas irmãs). O pai é o único provedor da renda familiar, mesmo sem possuir emprego fixo. Ela e as irmãs são beneficiárias do Programa Bolsa Família. Em virtude da separação dos pais, a madrasta passou a ser a principal responsável pela adolescente, relatando boa relação entre elas, mas relacionamento conflituoso com o pai, resultando numa reação de jejum prolongado da paciente. Relações familiares conturbadas podem gerar condutas alimentares de risco e interferir negativamente na saúde, sendo necessário compreender a dinâmica familiar⁴. Durante o atendimento inicial, a responsável afirmou que a adolescente nasceu com peso elevado para idade e nunca recebeu aleitamento materno, mas não soube informar o motivo. Possui histórico familiar de obesidade (pai, mãe e irmãs), dislipidemias e doenças cardiovasculares. A primeira avaliação antropométrica foi: peso 131,7kg; estatura 1,74m; CC: 124cm; IMC 43,5 kg/m²; Z-Escore IMC 4,10 (obesidade grave). A composição corporal mostrou quantidade de massa muscular normal, porém massa gorda e percentual de gordura corporal muito altos. O nível de atividade física encontrado (< 60 minutos diários) classificou-a como inativa ou sedentária. O exame bioquímico não identificou alterações no hemograma, perfil lipídico e glicemia. Contudo, na análise quanti e qualitativa do primeiro R24h obteve-se ingestão energética excessiva de 3.118 kcal, distribuídos em 44,2% de carboidratos, 17,8% de proteínas e 38% de lipídios (14% de gorduras saturadas), evidenciando um desequilíbrio entre os macronutrientes, além do notado consumo de carboidratos simples, gorduras de má qualidade, refrigerantes e embutidos, nenhum consumo de frutas, verduras e legumes. O plano alimentar e orientação nutricional restringiu alimentos industrializados, introduzindo dieta baseada nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), prezando por refeições equilibradas, prazerosas e acessíveis, adaptadas aos hábitos, preferências, aversões e realidade financeira, com vistas a reeducação alimentar. Após 6 meses da intervenção nutricional, a nova análise do R24h mostrou significativas transformações do consumo alimentar, com 1300kcal, correspondentes a 58% carboidratos, 22% proteínas, 20% lipídios (<7% gorduras saturadas), 25g de fibra dietética, com a presença de cereais integrais, laticínios desnatados, frutas e hortaliças (2 porções/dia) e preparações cozidas ou assadas. Entretanto, o tratamento não se limita apenas às mudanças de hábitos alimentares, sendo a prática regular de exercícios físicos também incentivada pela equipe, esclarecendo os benefícios e resultados que podem ser obtidos em associação com a dieta. Apesar de se mostrar encorajada, ainda não obteve êxito em nenhuma atividade. O sedentarismo está comumente associado ao excesso de peso e constitui um dos maiores desafios do tratamento³. Após 7 meses de acompanhamento houve mudanças positivas no estado nutricional: peso 113,6kg, IMC 37,5 kg/m²; Z-Escore 3,18 (obesidade grave). Apesar de permanecer no mesmo diagnóstico nutricional, progressos como a perda de 18,1kg (média de 2,5kg/mês), sendo 15kg gorda (menos 5% do percentual de gordura total), e mudanças no hábito alimentar. A primeira BIA realizada indicou 79,7kg como o peso ideal, que poderá ser alcançado em 1 ano e 9 meses, se mantida a mesma média de perda de peso. Por fim, ressalta-se que a paciente comparece rigorosamente a seus retornos, avalia positivamente seu acompanhamento, relatando melhoras na sua capacidade física, saúde e autoestima, mostrando-se sempre disposta a aprender e atenta às recomendações sobre alimentação e estilo de vida saudáveis. **Conclusão:** A gênese da obesidade nessa adolescente pode ter vários fatores envolvidos, como o peso elevado ao nascer, a não exposição a fatores de proteção, condições socioeconômicas e estilo de vida em âmbito familiar, além de possível relação genética. E, apesar do acompanhamento nutricional com intervenção dietética mostrar-se muito eficaz, há a necessidade de melhorar o nível de atividade física.

Destaca-se também o acompanhamento psicológico para melhorar a relação com o pai. Com isso, a assistência multiprofissional e participação da família é muito importante para a mudança no estilo de vida, tanto das crianças e adolescentes, como da própria família.

Referências:

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Pêgo-fernandes PM, Bibas BJ, Deboni M. Obesidade: a maior epidemia do século XXI? São Paulo Med J. 129(5):283-4, 2011.
3. Matsudo, VKR; Ferrari, GLM; Araújo, TL; Oliveira, LC; Mirec, E; Barreira, TV et al. Indicadores de nível socioeconômico, atividade física e sobrepeso/obesidade em crianças brasileiras. Rev Paul Pediatr. 34(2):162-170, 2016.
4. Andrade TM, Moraes DEB, Ancona-Lopez F. Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Crianças e Adolescentes Obesos: Relato de Pesquisa. Psicologia: ciência e profissão, 34 (1), 126-141, 2014.