

hipertensão arterial, dislipidemia e eventos cardiovasculares), osteoarticulares, respiratórias e psicossociais (diminuição da autoestima, depressão, ansiedade, alterações do comportamento alimentar, isolamento e discriminação social). Estudos revelam que 44% dos casos de diabetes *mellitus*, 23% dos casos de doença isquémica e entre 7 e 41% dos casos de cancro são atribuíveis a excesso de peso e obesidade.¹ Segundo a literatura, estes fatores de risco constituem a quinta causa de morte a nível mundial, responsáveis por 2,4 milhões de mortes entre adultos por ano.¹

O excesso de peso e a obesidade apresentam graves consequências em termos de saúde, mas também na economia nacional e internacional. Está documentado que acarretam aumento dos gastos com os cuidados de saúde, perdas de produtividade e redução da esperança média de vida.³

O tratamento da obesidade é complexo, seja pelas alterações metabólicas e adaptações do organismo a este estado, seja pelo facto de ser multifatorial e estar associada a hábitos de vida difíceis de modificar. Por outro lado, quanto mais tempo estiver instalada a obesidade mais difícil será o seu tratamento.¹ O custo para tratar de forma eficiente a população portuguesa com obesidade subirá se os casos de excesso de peso evoluírem para obesidade.

Neste contexto, é urgente a atuação técnico-científica no tratamento do excesso de peso. Muitos estudos revelam que a implementação de programas multidisciplinares grupais, em detrimento da intervenção individual, é uma forma mais sustentável de obter ganhos a este nível, contribuindo para mudança comportamental, de natureza alimentar e psicossocial.⁴⁻⁷

Sendo a obesidade o ponto de partida para as principais doenças crónicas como a diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares, este fator de risco deve ser alvo de atenção e requer esforços continuados para ser controlado/evitado. De facto, os benefícios na saúde conseguidos através da perda intencional de peso das pessoas com excesso de peso e obesidade, principalmente se mantida a longo prazo, podem manifestar-se na saúde em geral, na melhoria da qualidade de vida, na redução da mortalidade e na melhoria das doenças crónicas associadas, com destaque para a diabetes *mellitus* tipo 2. Uma perda de peso de 5% proporciona benefícios de saúde significativos, sendo mais provável que possam ser sustentados através da manutenção da perda de peso e/ou da prática regular de exercício físico.⁸

Assim, a implementação de estratégias de prevenção através da modificação dos estilos de vida e a

subsequente redução da incidência e prevalência de obesidade e excesso de peso podem conduzir a ganhos em saúde à população e reduzir os custos económicos associados.

Os objetivos gerais deste projeto são promover a adoção de comportamentos alimentares saudáveis e prática regular de exercício físico, com vista a perder peso e a manter um peso saudável a longo prazo. Os objetivos específicos são dotar os utentes de competências no âmbito das escolhas alimentares, hábitos de atividade física, reforço de motivação intrínseca e gestão de stress, promover a prática regular de atividade física e obter perdas de peso com impacto metabólico (5%). A capacitação em saúde é, cada vez mais, uma meta a atingir e a ter em conta quando se pensa em planear e intervir ao nível da saúde. A escolha por esta área de intervenção fundamentou-se na reflexão e estabelecimento de prioridades sobre os principais problemas de saúde identificados pelo diagnóstico de saúde da população abrangida pela Unidade de Saúde Familiar (USF). A prevalência de excesso de peso na população alvo é de 9,3% e a prevalência de obesidade é de 11,9% (MIM@UF, março de 2017).

MÉTODOS

O desenho do projeto de intervenção baseia-se nas orientações do Processo Assistencial Integrado da pré-obesidade no adulto (Direção-Geral da Saúde, 2015),¹ no Manual “Repensar o peso - princípios e métodos testados para controlar o peso” baseado no programa P.E.S.O. da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade técnica de Lisboa⁹ e no Manual de Boas Práticas de Obesidade e Excesso de Peso da USF (2016).¹⁰

Sendo um projeto piloto, estipulou-se um número mínimo de 10 e máximo de 20 utentes que pudessem integrar o projeto, de modo a garantir uma intervenção adequada nas sessões formativas em sala e nas aulas de educação física em grupo. Incluíram-se utentes com excesso de peso e idade compreendida entre os 18-64 anos pertencentes à USF. Foram definidos como critérios de exclusão o analfabetismo, gravidez, diabetes *mellitus*, insuficiência renal, doenças crónicas que impeçam a perda de peso ou a prática de exercício físico, doentes terminais, tratamento com fármacos antidepressivos/antipsicóticos e doenças do foro genético ou metabólico que impliquem uma intervenção nutricional individualizada.

Após autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), o projeto foi apresentado em reunião médica da USF,

na qual os médicos foram convidados a colaborar e foi entregue o consentimento informado aos médicos que aceitaram participar. Os utentes foram selecionados pelos médicos de família e convidados telefonicamente pelos secretários clínicos.

Esteve envolvida uma equipa multidisciplinar composta por médicos, nutricionista e professores de educação física. Os três médicos e a nutricionista do ACES foram responsáveis pela dinamização de cinco sessões formativas mensais sobre hábitos alimentares, atividade física e gestão emocional e os dois professores de educação física pela implementação de um programa de atividade física estruturada com duração de seis meses e periodicidade bissemanal. Ambas as atividades decorreram em horário pós-laboral para garantir uma maior acessibilidade por parte dos utentes.

Na primeira sessão foram abordados os temas: excesso de peso e obesidade – epidemiologia, riscos, benefícios da perda ponderal; princípios orientadores no processo de controlo do peso corporal e informação geral sobre comportamentos alimentares saudáveis e exercício físico. Na segunda sessão foram discutidos os pontos mais importantes sobre perda de peso (equilíbrio energético, composição corporal, interferência da gordura no funcionamento do organismo), nutrição e alimentação (roda dos alimentos e porções, vantagens do fracionamento alimentar) e regulação do apetite e saciedade. Na terceira sessão foi solicitado o registo do jantar do dia anterior e expostas dúvidas e mitos em relação à alimentação. Foi salientada a importância do modo de preparação e confeção dos alimentos e alguns exemplos de escolhas alimentares saudáveis e não saudáveis, bem como os benefícios, recomendações e barreiras para a prática de exercício físico e as formas de as ultrapassar. Na quarta sessão foi comentado o conteúdo do jantar dos utentes entregue na sessão anterior e abordado o tema da rotulagem e densidade energética dos alimentos. Na quinta e última sessão foi abordada a importância da manutenção do peso a longo prazo e as respetivas estratégias e no final um lanche saudável, com entrega do diploma de participação.

Na primeira sessão foi entregue o consentimento informado aos utentes e um questionário com o objetivo de avaliar a disponibilidade para a mudança do comportamento alimentar e estilos de vida (Questionário sobre a disponibilidade para a mudança), tendo sido incluídos no projeto os utentes que se mostraram disponíveis para a mudança. Foram também aplicados questionários com vista a recolher dados pessoais e antecedentes patológicos, a autoavaliação de comportamentos alimentares e de atividade

física, medir o padrão de atividade física [utilizando o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), validado para a população portuguesa]¹¹ e os conhecimentos em nutrição (baseado na adaptação do questionário de conhecimentos de nutrição para adultos, validado para a população brasileira).¹² Estes dois últimos questionários foram aplicados na primeira e última sessões com o intuito de objetivar os resultados da intervenção, sendo que o aumento dos respetivos *scores* representam uma mudança positiva nestes parâmetros. A avaliação antropométrica (estatura, perímetro abdominal e peso) foi efetuada no início da primeira, terceira e quinta sessões, de acordo com o preconizado pela Direção-Geral da Saúde.¹³ Os parâmetros foram avaliados sempre pela mesma pessoa e utilizando os mesmos instrumentos de medição.

As sessões de formação decorreram na sala de reuniões da sede do ACES, com uma duração média de 90 minutos. A primeira parte de cada sessão foi reservada para a discussão ativa sobre barreiras/aspetos positivos e propostas de mudança. As aulas de atividade física tiveram lugar no parque de jogos da cidade com duração de 60 minutos. Este projeto não foi objeto de qualquer financiamento externo.

RESULTADOS

Dos 13 utentes selecionados, nove utentes (seis mulheres e três homens) concluíram o programa com uma assiduidade média de 83% nas sessões formativas e 50% nas aulas de atividade física. Os utentes apresentavam uma idade média de $47,2 \pm 11,01$ anos (mínimo 27, máximo 62), a escolaridade predominante era o 12º ano, cerca de metade (55,6%) eram profissionalmente ativos e a maioria (77,8%) era casada (Quadro I).

Os utentes apresentavam, inicialmente, um índice de massa corporal (IMC) médio de $29,3 \pm 0,81$ kg/m² e perímetro abdominal (PA) médio $106,1 \pm 4,34$ cm (homens) e $90,8 \pm 6,15$ cm (mulheres). Em reavaliação intermédia após dois meses, verificou-se uma média de perda ponderal de $2,31 \pm 0,016\%$ e de PA $3,2 \pm 1,38$ cm nos homens e $10 \pm 0,82$ cm nas mulheres. Na avaliação final foi obtida uma perda ponderal média de $4,51 \pm 0,009\%$, de IMC $1,3 \pm 0,82$ kg/m² e de PA $4,8 \pm 1,30$ cm no género masculino e $2,2 \pm 2,13$ cm no género feminino.

A aplicação dos questionários de conhecimentos em nutrição e IPAQ permitiu objetivar uma melhoria dos conhecimentos em nutrição [$13,5 \pm 1,60$ pontos na sessão 1 vs. $16,8 \pm 3,54$ pontos na sessão 5 (em 23 pontos possíveis)] e um aumento da frequência e

intensidade da atividade física habitual (aumento do número de horas semanais de atividade física moderada e vigorosa), de forma variável entre os participantes.

De referir uma melhoria qualitativa relativa à motivação intrínseca, escolhas alimentares e gestão de stress dos utentes.

Quadro I. Caracterização da amostra

Caracterização da amostra (N=9)		
Idade (anos)	média	47,2
	desvio-padrão	11,01
	mínimo	27
	máximo	62
Género (N/%)	masculino	3 (33,3%)
	feminino	6 (66,7%)
Escolaridade (N/%)	4º ano	2 (22,2%)
	6º ano	1 (11,1%)
	9º ano	2 (22,2%)
	12º ano	3 (33,3%)
	licenciatura	1(11,1%)
Situação profissional (N/%)	ativo	5 (55,6%)
	desempregado	3 (33,3%)
	reformado	1 (11,1%)
Estado civil	casado	7 (77,8%)
	divorciado	1 (11,1%)
	viúvo	1 (11,1%)

DISCUSSÃO

É amplamente reconhecida a necessidade de adotar medidas multissetoriais, que permitam uma redução da incidência do excesso de peso na população portuguesa.

O envolvimento de equipas multidisciplinares no tratamento do excesso de peso tem mostrado benefícios claros e as parcerias institucionais são fundamentais. O recurso a sessões de grupo é uma possível estratégia para o tratamento do excesso de peso pois permite uma menor utilização de recursos, o alcance a um maior número de indivíduos e a criação de um ambiente de apoio e partilha interindividual num grupo que reúne objetivos e experiências semelhantes.

Uma das principais limitações identificadas neste projeto relaciona-se com a reduzida literacia em saúde de alguns participantes, o que dificultou a transmissão de conhecimentos e sua implementação como parte integrante de alterações no estilo de vida.

O período escolhido para a implementação deste projeto (abril a setembro) contribuiu também para um subaproveitamento da intervenção, uma vez que incluiu o período de férias dos utentes, o que poderá justificar a menor assiduidade às atividades propostas particularmente no final do programa. Registou-se uma ligeira quebra na tendência de perda

ponderal e compromisso que vinham a ser observadas nas primeiras sessões.

Existe ainda a perceção da necessidade de uma intervenção monitorizada por profissionais de saúde de forma personalizada e continuada por um período maior de tempo, atendendo à complexidade das variáveis e etapas que envolve o tratamento do excesso de peso. Esta perceção sustenta a importância de equilibrar o suporte disponibilizado pelo técnico de saúde, no contato direto com o utente, com a promoção da competência para o autocuidado, baseado em autonomia e autoeficácia na modificação comportamental. Uma possível estratégia seria convidar os familiares dos participantes para assistir a uma ou mais sessões de grupo, envolvendo-os como “parceiros estratégicos”, nomeadamente auxiliando no controlo da disponibilidade alimentar, controlo de porções ingeridas e acompanhando a prática de atividade física.

Considera-se também que a colaboração dos profissionais de psicologia teria sido uma mais-valia no decurso do programa, abordando questões importantes no processo de perda de peso, nomeadamente o impacto das emoções no comportamento alimentar, fome emocional e estratégias para a gerir a imagem corporal.

Apesar de não ter sido alcançada a meta de perda ponderal estipulada, o projeto obteve resultados favoráveis. Considera-se que este programa permitiu a criação de um ambiente terapêutico promotor de decisões partilhadas, uma vez que se substituiu a postura prescritiva clássica pela apresentação de estratégias e o convite ao utente para participar na seleção daquelas cuja implementação se afigurava viável, contribuindo assim para a perceção de competência do indivíduo e para a manutenção das mudanças a longo prazo.

A replicação da intervenção com reajuste dos pontos limitantes, nomeadamente o número de participantes, poderá ser uma oportunidade de mudança para mais utentes com excesso de peso, reduzindo o impacto adverso na saúde, e potencialmente com resultados superiores aos obtidos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Direção-Geral da Saúde. Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto. Informação nº 010/2015 de 21/12/2015.
2. Sardinha LB, Santos DA, Silva AM, Coelho-e-Silva MJ, Raimundo AM, et al. (2012) Prevalence of Overweight, Obesity, and Abdominal Obesity in a Representative Sample of Portuguese Adults. PLoS ONE 7(10): e47883. doi:10.1371/journal.pone.0047883.
3. Pereira J, Martins C. Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. Revista portuguesa de saúde pública 2003
4. Kubota A, Nagata J, Sugiyama M. Effects of a weight loss program with group participation supported by strengthened social support. Nihon Kosho Eisei Zasshi. 2008 May;55(5):327-40.
5. Waleekhachonloet O-A, Limwattananon C, Limwattananon S, Gross CR. Group behavior therapy versus individual behavior therapy for healthy dieting and weight control management in overweight and obese women living in rural community. Obesity Research & Clinical Practice. 2007; 1(4):223-32.
6. Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001; 69(4):717-21.
7. Virginia Paul-Ebhohimhen AA. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. Obes Facts. 2009; 2(1):17-24.
8. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular normativa nº 03/DGCG de 17/03/2005.
9. Teixeira P, Silva M. Repensar o peso – princípios e métodos testados para controlar o seu peso. 2009.
10. Torres I, Magalhães L. Manual de Boas Práticas de Obesidade e Excesso de peso da USF de 09/06/2016.
11. Craig C, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. American College of Sports Medicine. 2003.
12. Guadagnim S. Elaboração e validação de questionário de conhecimentos em nutrição para adultos. 2010.
13. Direção-Geral da Saúde. Avaliação antropométrica no adulto. Orientação nº 017/2013 de 5/12/2013.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores não têm nenhum conflito de interesse a declarar.

AGRADECIMENTOS

A todos os médicos que participaram neste estudo pela colaboração. Aos professores de educação física pela disponibilidade, capacidade motivacional e dedicação demonstrada durante todo o projeto.

CORRESPONDÊNCIA:

Inês Teresa Torres Pereira da Silva Cortez Vaz
ines.usfstaclara@gmail.com

RECEBIDO: 14 de junho de 2018 | ACEITE: 05 de novembro de 2018

CUIDE DE SI, VIVA MELHOR – PROJETO DE INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM UTENTES COM EXCESSO DE PESO

TAKE CARE OF YOURSELF, LIVE BETTER – MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION PROJECT IN OVERWEIGHT PATIENTS

Autores:

Daniela Maia¹, Diogo Costa¹, Inês Torres¹, Cátia Borges²

RESUMO

Introdução: O excesso de peso (EP) é um importante problema de saúde pública. Muitos estudos promovem programas multidisciplinares grupais em detrimento dos individuais, como forma mais sustentável de obter ganhos em saúde. O objetivo principal do projeto é promover a adoção de comportamentos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física (AF) e perda ponderal com impacto metabólico (5%).

Métodos: Incluíram-se utentes adultos com EP pertencentes a uma Unidade de Saúde Familiar e uma equipa com médicos e nutricionista do Agrupamento de Centros de Saúde e professores de educação física. Realizaram-se cinco sessões formativas mensais sobre hábitos alimentares e AF e um programa de AF estruturada, com duração de seis meses (abril a setembro de 2017) e periodicidade bissemanal. Aplicaram-se questionários validados sobre conhecimentos nutricionais (QCN) e padrão de AF (IPAQ) e avaliações antropométricas.

Resultados: Dos 13 utentes selecionados, nove (seis mulheres, três homens, idade média $47,2 \pm 11,01$ anos) concluíram o programa com uma assiduidade média de 83% nas sessões e 50% nas aulas de AF. Inicialmente os utentes apresentavam um índice de massa corporal (IMC) médio de $29,1 \text{ kg/m}^2$ ($\sigma=0,89$), perímetro abdominal (PA) médio 106,2 cm (homens, $\sigma=3,76$) e 91,4 cm (mulheres, $\sigma=5,47$). Em reavaliação intermédia após dois meses, verificou-se uma média de perda ponderal de 2,31% ($\sigma=0,016$) e de PA $3,2 \pm 1,38$ cm (homens) e $1,0 \pm 0,82$ cm (mulheres). No final obteve-se uma perda ponderal média de $4,51 \pm 0,009\%$, de IMC $1,3 \pm 0,82 \text{ kg/m}^2$ e de PA $4,8 \pm 1,30$ cm (homens) e $2,2 \pm 2,13$ cm (mulheres). Objetivou-se uma melhoria dos conhecimentos em nutrição [$13,5 \pm 1,60$ valores na sessão 1 vs $16,8 \pm 3,54$ valores na sessão 5 (em 23)] e da frequência/intensidade da AF habitual.

Discussão: Apesar de aquém da meta proposta, o projeto obteve resultados favoráveis. A necessidade de acompanhamento profissional multidisciplinar por um período de tempo superior é evidente e pode constituir uma base de aperfeiçoamento para futuras réplicas.

Palavras-chave: excesso de peso; educação para a saúde

Keywords: *overweight; health education*

INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, cuja prevalência triplicou, em muitos dos países europeus, desde 1980.¹ Atinge um elevado número de pessoas, influencia o aparecimento e desenvolvimento de múltiplas patologias e o seu tratamento é um desafio.

Em Portugal existem cerca de 3,5 milhões de pessoas com excesso de peso e cerca de 1,4 milhões de pessoas com obesidade, entre os 18 e os 65 anos. Estes números colocam Portugal a meio da tabela a nível mundial, superado apenas por países como os Estados Unidos da América, Grécia, Alemanha, Reino Unido e Austrália.¹ Segundo outro estudo mais recente, a prevalência de excesso de peso na população portuguesa, dos 18-64 anos, é de 46,7% no homem

e de 38,1% na mulher e a prevalência de obesidade é cerca de 20% para ambos os géneros.²

O aumento da prevalência da obesidade relaciona-se com a rápida transição social e económica, acompanhando a transição epidemiológica e nutricional. Os fatores ambientais têm sido apontados como um dos maiores responsáveis pelo desequilíbrio energético, materializados num decréscimo acentuado da atividade física a par das mudanças nos padrões alimentares, com aumento da ingestão de alimentos de elevado teor calórico, especialmente ricos em açúcares refinados e gordura vegetal. A redução concomitante da atividade física relaciona-se com a crescente urbanização, sedentarismo das formas laborais e difusão dos meios de transporte. Os fatores socioeconómicos podem influenciar a obesidade e alguns estudos apontam para uma maior prevalência de obesidade entre os indivíduos com um nível socioeconómico mais baixo.¹

O excesso de peso e a obesidade conduzem ao surgimento ou agravamento de múltiplas morbidades, nomeadamente metabólicas (diabetes *mellitus*,

1. Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Santa Clara, ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde

2. Nutricionista, URAP, ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde