



Obesidade na adolescência: uma proposta de intervenção*

Helena Fonseca¹, Carla Nobre², Marta Santos², Zélia Patrício³, Sílvia Neves³, Nuno Duarte², Ana Rita Mota², Cátia Matos², Ricardo Fernandes¹

1 - Consulta de Obesidade Pediátrica, Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria, Lisboa

2 - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa

3 - Serviço de Dietética do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Resumo

Introdução. A obesidade é uma doença crónica que constitui um grave problema de saúde pública. Em Portugal, a prevalência de obesidade no grupo dos adolescentes tem vindo a aumentar. A par do esforço que deve ser desenvolvido na prevenção, urge descobrir medidas de intervenção mais eficazes que visem ajudar os adolescentes obesos a perder peso e a optar por um estilo de vida mais activo.

Objectivo. Verificar se a efectividade do controlo do Índice de Massa Corporal (IMC) a curto e médio prazo é significativamente diferente utilizando dois tipos de intervenção (o formato individual e uma intervenção grupal dupla: grupo de pares associado a intervenção familiar).

Material e Métodos. Estudo exploratório de intervenção em que participaram 16 adolescentes com obesidade, seleccionados segundo uma distribuição sistemática da lista de utentes com mais de 12 anos acompanhados na Consulta de Obesidade Pediátrica de um Hospital Central Universitário. Foram distribuídos alternadamente por dois grupos: um grupo de intervenção tradicional e um grupo de intervenção experimental que foi alvo de uma intervenção grupal dupla (grupo de pares associado a intervenção familiar). A análise estatística incluiu a utilização de testes não paramétricos.

Resultados. Verificou-se uma redução significativa do IMC ao final da intervenção no grupo experimental, o que não se verificou no grupo que foi objecto da intervenção tradicional. Na reavaliação efectuada um ano depois, os resultados sugerem de novo um aumento do IMC, apesar de se manter inferior ao inicial.

Conclusão. Os adolescentes poderão ter beneficiado da intervenção em grupo/familiar qualitativamente (apesar de este estudo não ter permitido avaliar outros factores reveladores do nível

de bem-estar e saúde, para além da evolução do IMC) mas, em termos quantitativos, um ano depois, este tipo de intervenção não pareceu ter-lhes trazido uma vantagem significativa.

Palavras-Chave: Obesidade, adolescência, intervenção individual tradicional, intervenção em grupo de pares, intervenção familiar.

Acta Pediatr Port 2008;39(2):53-6

Adolescent obesity: an intervention program proposal

Abstract

Context. Obesity is a chronic condition, and a severe public health problem. In Portugal, its prevalence among youngsters has been increasing. Together with prevention, implementation of efficient intervention programs focusing on weight control and more active life styles are needed.

Aim. To compare the effectiveness of two different kinds of intervention on body mass index (BMI) reduction in the short and medium term: individual versus group (peer and family) intervention.

Methods. Exploratory intervention study involving 16 obese adolescents selected according to a systematic distribution from the patients aged above twelve followed at the Paediatric Obesity Clinic of a Central University Hospital. They were alternately assigned to two groups: a traditional intervention group and an experimental intervention group which was submitted simultaneously to peer group and family intervention. Statistical analysis included the use of non parametric tests.

Results. There was a significant decrease in BMI in the experimental intervention group by the end of the program,

* Investigação subsidiada por Bolsa da Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde 2001 (Ministério da Saúde).

Recebido: 10.04.2006

Aceite: 26.06.2008

Correspondência:

Helena Fonseca
Unidade de Medicina do Adolescente
Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz, 1
1649-028 Lisboa
helena.fonseca@armail.pt

what did not happen in the traditional intervention group. One year after, results suggest an increase in BMI, yet remaining below to the initial values.

Conclusions. Adolescents from the experimental intervention group may have benefited from the group/family intervention. However, after one year, and concerning BMI only, this kind of intervention did not offer a significant benefit. This study did not allow assessment of factors related to general well-being and health other than BMI.

Key-Words: Obesity, adolescence, traditional individual intervention, peer group intervention, family intervention.

Acta Pediatr Port 2008;39(2):53-6

Introdução

A obesidade é uma doença crónica que constitui um grave problema de saúde pública^{1,2}. A sua prevalência é elevada entre as crianças e adolescentes dos países desenvolvidos. Em Portugal, a prevalência de obesidade no grupo dos adolescentes tem vindo progressivamente a aumentar. Uma grande proporção dos adolescentes obesos (cerca de 80%) vai tornar-se adulto obeso. O excesso de peso pode vir a ter consequências físicas (cardiovasculares, respiratórias, ortopédicas e outras) importantes e consequências psicossociais que poderão deixar uma marca negativa no desenvolvimento do adolescente^{3,4}. A obesidade, uma vez instalada, é de difícil controlo e as várias intervenções resultam frequentemente numa percentagem elevada de insucessos, sobretudo se não se conseguir uma adesão terapêutica adequada e continuada⁵.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento em que o aspecto exterior se apresenta como a “chave” para o relacionamento com os outros; em que a comparação e identificação com o grupo de pares se torna determinante; e em que o adolescente se vê “como estando sempre no palco”⁶, cujos olhares de todos os espectadores se centram no seu ponto mais fulcral, o corpo. É importante para qualquer adolescente desenvolver as suas competências a nível emocional e social. Para o adolescente obeso será porventura ainda mais importante, o que é possível constatar tendo como base o modelo de Bar-On⁷ sobre a Inteligência Emocional e Social, que este autor caracteriza como sendo um conjunto de capacidades não cognitivas, competências e habilidades que influenciam a capacidade para ser bem sucedido em lidar com as exigências e pressões ambientais. Analisando os componentes da inteligência emocional, segundo este modelo, verifica-se que é extremamente importante o desenvolvimento da auto-estima (habilidade para, numa base de compreensão, aceitar-se e respeitar-se), do optimismo (habilidade para olhar para o lado positivo da vida e para manter uma atitude positiva, mesmo perante adversidades), da felicidade (habilidade para se sentir satisfeito com a sua vida, para gostar de si e dos outros e para ter divertimento e expressar emoções positivas) e da responsabilidade social, para que estes adolescentes consigam superar as possíveis frustrações ligadas ao seu corpo pela valorização e aceitação dos aspectos positivos inerentes a si, à sua vida e ao seu papel na sociedade.

Os estudos de Leon⁸ demonstraram que uma maior proporção de emoções negativas (nomeadamente, uma maior reactividade ao *stress*), uma pobre auto-consciência (dificuldade em identificar e distinguir estados emocionais e sentimentos) e uma dificuldade em controlar os impulsos, constituíam factores etiológicos importantes para o desenvolvimento de distúrbios que vão desde a anorexia à obesidade. A incapacidade em compreender os sentimentos torna difícil o desenvolvimento de respostas adaptativas. Assim, através de uma variedade de influências culturais e familiares, a restrição severa de comida, ou o seu consumo em excesso para lidar com estes estados emocionais (negativos e indistintos), pode levar à aprendizagem de que esta é uma boa forma de os ultrapassar, o que por sua vez, favorece a perpetuação do ciclo. Algumas pessoas obesas são incapazes de distinguir entre estarem assustadas, zangadas ou com fome, de modo que entendem todos estes estados e sensações como significando fome, o que as leva a comerem demasiado sempre que se sentem perturbadas. A combinação de uma escassa consciência interior e fracas competências sociais significa que estas pessoas, quando perturbadas, não conseguem gerir e apaziguar os seus sentimentos, pelo que desencadeiam a perturbação do comportamento alimentar⁹. Nesta lógica, o tratamento tem de passar, inevitavelmente, por uma intervenção na área das competências emocionais que ajudem os adolescentes a identificar os seus sentimentos e a aprender formas de se auto-controlarem e de conseguirem gerir melhor os seus impulsos e relações, sem que para isso tenham de recorrer a hábitos alimentares prejudiciais, nomeadamente, comer em excesso.

Se é verdade que deve ser colocado um grande esforço na prevenção, não é menos verdade que temos de descobrir medidas de intervenção mais efectivas que visem ajudar os adolescentes obesos a perder peso e a optar por um estilo de vida mais activo.

O objectivo deste estudo foi verificar se a efectividade do controlo do IMC a curto e médio prazo em adolescentes obesos é superior com uma intervenção grupal dupla (intervenção em grupo de pares associada a intervenção familiar) comparativamente à intervenção individual tradicional.

Material e Métodos

Neste estudo exploratório participaram 16 adolescentes com obesidade, seleccionados segundo uma distribuição sistemática da lista de utentes com mais de 12 anos acompanhados na Consulta de Obesidade Pediátrica de um Hospital Central Universitário. Os adolescentes foram distribuídos alternadamente por dois grupos de intervenção: um grupo que foi submetido ao formato de intervenção individual tradicional e um grupo experimental que foi submetido a uma intervenção grupal dupla (intervenção em grupo de pares associada a intervenção familiar). Não houve perdas durante as fases de intervenção e de avaliação. Os adolescentes que não aceitaram participar foram substituídos seguindo o mesmo critério. Uma vez que já pertenciam à lista de utentes da Consulta de Obesidade, nenhum dos adolescentes participantes em qualquer dos grupos era virgem de intervenções na área da obesidade.

Os sujeitos do grupo experimental integraram um programa específico que englobava a sua participação e a dos seus pais numa intervenção em grupo. O esquema adoptado foi de seis sessões com o grupo de adolescentes e outras seis com o grupo de pais. Estas sessões tiveram duração de uma hora e periodicidade quinzenal, ao longo de três meses.

As seis sessões que constituíram este estudo exploratório foram organizadas em quatro módulos: competências sociais (três sessões); exercício físico (uma sessão); alimentação (uma sessão); adolescência enquanto etapa específica do desenvolvimento, particularidades da obesidade e das perturbações do comportamento alimentar na adolescência (uma sessão). As sessões com os pais decorreram com o mesmo formato.

Os sujeitos do grupo de intervenção tradicional foram acompanhados em Consulta segundo o formato tradicional.

A comparação dos resultados foi efectuada através da análise da evolução do Índice de Massa Corporal (IMC) que foi avaliado em três momentos específicos (à entrada no estudo, no final da intervenção e um ano depois).

Foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar as variáveis base dos dois grupos em estudo. Para comparar os IMC iniciais e finais em cada grupo utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon. Na análise dos dados foi utilizado o programa SPSS®, versão 15 para Windows (SPSS, Chigaco, IL, EUA).

Resultados

As características dos dois grupos estão expressas no Quadro I.

Quadro I – Caracterização da idade e do índice de massa corporal (IMC) em ambos os grupos de intervenção.

	Grupo de intervenção tradicional (n=8)	Grupo de intervenção experimental (n=8)
Idade (anos)*	13 [12-17]	14 [12-15]
Sexo feminino	7	5
IMC (kg/m ²)*	33,2 [29,8-35,7]	31,9 [26,8-31,8]

* Mediana e intervalo interquartil. IMC - índice de massa corporal.

No grupo de intervenção tradicional, quando comparado o IMC inicial com o IMC do final da intervenção e com o IMC avaliado um ano depois, os resultados sugerem uma descida entre os dois primeiros tempos, com manutenção subsequente (níveis de significância encontrados: $p = 0,09$ e $p = 0,89$, respectivamente).

No grupo de intervenção experimental, ao final da intervenção, assistiu-se a uma redução significativa do IMC ($p = 0,05$). No entanto, um ano depois, os resultados sugerem de novo um aumento do IMC, apesar de se manter inferior ao inicial ($p = 0,09$) (Figura 1 e Quadro II).

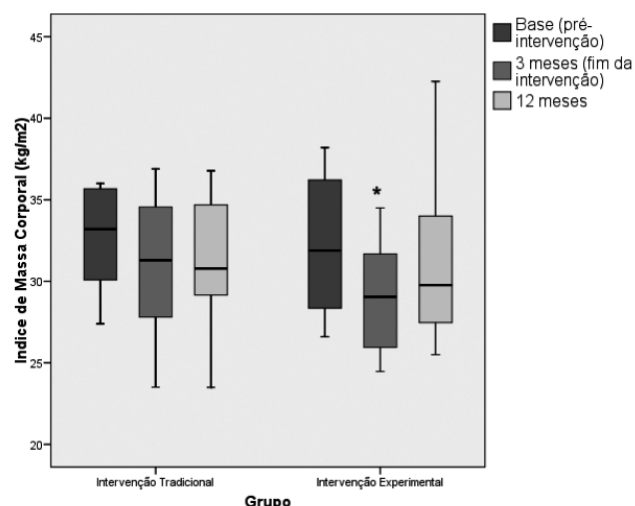


Figura 1 – IMC nos grupos de intervenção tradicional e experimental no início do estudo, final da intervenção e um ano depois (n=8). * $p \leq 0,05$ na comparação intra-grupo com o IMC base; $p > 0,05$ nas restantes comparações.

Quadro II – Valores do índice de massa corporal (IMC) em ambos os grupos nos diferentes momentos do estudo.

	IMC na 1ª consulta	IMC no final da intervenção	IMC um ano depois
Grupo de intervenção tradicional (n=8)	33,2 [29,8-35,7]	31,3 [27,4-34,6]	30,8 [28,6-35,7]
Grupo de intervenção experimental (n=8)	31,9 [28,0-36,7]	29 [25,4-31,7]	29,7 [27,1-34,2]

* Mediana e intervalo interquartil. IMC - índice de massa corporal.

Discussão

O facto de se ter verificado uma redução significativa do IMC ao final da intervenção no grupo de intervenção experimental (o que não se verificou no grupo que foi objecto da intervenção tradicional), poderá apontar para a vantagem da intervenção experimental face à tradicional. No entanto, o facto de essa diferença já não se ter verificado de um modo tão evidente na reavaliação efectuada um ano depois, poderá sugerir que o tipo de intervenção utilizada para ser eficaz a médio/longo prazo necessita de continuidade.

Os adolescentes poderão ter beneficiado da intervenção em grupo/familiar qualitativamente (apesar de este estudo não ter permitido avaliar outros factores reveladores do nível de bem-estar e saúde, para além da evolução do IMC) mas, em termos quantitativos, um ano depois, o efeito da intervenção ter-se-á esbatido.

Este estudo foi encarado como um estudo piloto tendo em vista a sua replicação futura. A sua principal limitação prende-se com a reduzida dimensão dos grupos de intervenção, o que limita a interpretação da magnitude e precisão dos resultados.

Tendo em mente que o objectivo último das intervenções na área da obesidade do adolescente é a promoção do seu

bem-estar, de modo a que se sinta melhor consigo próprio, tanto a nível físico como psicológico, as intervenções nesta área não deverão apenas ter em linha de conta o controlo do peso, mas também, um melhor entendimento das várias transformações que estão a ocorrer¹⁰. Essas intervenções têm de ser extremamente prudentes, passando, acima de tudo pela ajuda na procura de um estilo de vida mais saudável. Não é desejável perder peso de uma forma drástica ou perdê-lo para voltar a ganhá-lo. A modificação de atitudes e comportamentos relacionados com a dieta alimentar a que estes adolescentes se submetem, acaba por ficar ligada a uma intensa preocupação com a alimentação. As pesagens obsessivas, uma focalização doentia sobre o conteúdo calórico dos alimentos ou uma prática excessiva de exercício físico com o objectivo de perder peso são prejudiciais e podem ser indiciadoras de um distúrbio do comportamento alimentar¹¹.

Tendo como base a abordagem sistémica é fácil perceber que os pais, enquanto elementos fulcrais do sistema familiar podem ter uma influência determinante no desenvolvimento deste tipo de situações¹²⁻¹⁴.

Conclusões

Os resultados reforçam a ideia já defendida por outros autores, da necessidade de intervenções mantidas no tempo e envolvendo os vários factores implicados na etiologia multifactorial da obesidade, nomeadamente, a componente da actividade física.

A dificuldade real em manter a perda de peso reforça ainda a necessidade de desenvolver medidas eficazes na prevenção e detecção precoce dos adolescentes com excesso de peso.

Referências

1. Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics* 1998;101:497-504.
2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.
3. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101:518-25.
4. Fonseca H., Matos MG. Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. *Eur J Pub Health* 2005;3:323-8.
5. Barlow S, Dietz W. Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. *Pediatrics* 1998;102:1-11.
6. Lourenço O. Psicologia do desenvolvimento cognitivo. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.
7. Bar-On R, Parker J. Handbook of emotional intelligence – theory, development, assessment and application at home, school and in workplace. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
8. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Cudeck R. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *J Abn Psychol* 1993;102:438-44.
9. Goleman D. Inteligência emocional. Lisboa: Temas e Debates, 1995.
10. Fonseca H. Compreender os adolescentes: um desafio para pais e educadores. 5ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2005.
11. Braet C, Crombez G. Cognitive interference due to food cues in childhood obesity. *J Cl Child & Adol Psychol* 2003;32:32-9.
12. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic Families – Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
13. Minuchin S. Famílias, funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
14. Selvini-Palazzoli M, Viaro M. The anorectic process in the family: a six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process* 1988;27:129-48.