

# ESTUDO EXPO 2010

## Excesso de Peso e Obesidade Infantil

Diana L. MARTINS, Ana Isabel BRANCO, J. Luís FERNANDES, Mónica CHAVES

### RESUMO

**Introdução:** Ao longo das últimas décadas tem sido verificado um aumento significativo do Excesso de Peso (EP) e da Obesidade infantil. Dados nacionais apontam para uma prevalência total superior a 30% aos 7-9 anos. A tendência é de agravamento, sobretudo nos estratos socioeconómicos mais baixos. As referidas alterações de peso expõem as crianças a maior risco de co-morbilidades graves pelo que a deteção e orientação precoce do problema, particularmente nas faixas etárias alvo dos Exames Globais de Saúde, é essencial.

**Objectivos:** Garantir a qualidade técnico-científica dos registos de EP e Obesidade na lista de problemas, do pedido de exames complementares de diagnóstico (ECD) mínimos e do registo de aconselhamento terapêutico.

**Metodologia:** Dimensão: qualidade técnico-científica dos registos. Unidade de estudo: crianças vigiadas nas unidades de saúde dos autores, nascidas de 01/01 a 31/12 de 2002 (inc) e de 01/01 a 31/12 de 1995 (inc), com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada, respectivamente, aos 5 ou 6 anos e aos 11, 12 ou 13 anos, com percentil de IMC  $\geq$  85; profissionais avaliados: todos os médicos de família; período de tempo avaliado: de 2006 a 2009, inc. Tipo de dados: processo. Fonte de dados: SINUS® e SAM® versão 9.2. Avaliação: interna. Critérios para os grupos com EP e Obesidade, respectivamente: I e II) Registo na lista de problemas; III e IV) Registo do pedido de ECD mínimos; V e VI) Registo do aconselhamento terapêutico. Colheita de dados: Maio de 2010. Avaliação: retrospectiva. Amostra: base institucional, não aleatória. Tipo de Intervenção: educacional e estrutural.

**Resultados:** No total, foram incluídos 118 utentes vigiados com alterações de peso (prevalência de 15,2% para EP e 10,1% para Obesidade). Nas crianças com 5-6 anos, todos os critérios foram Insatisfatórios (o melhor resultado foi o registo do plano terapêutico no EP mas ainda assim apenas 26,2%). Em relação aos pré-adolescentes, os resultados foram Bom para o critério III, Satisfatório para o IV e VI Insatisfatório para os restantes.

**Discussão:** Desvalorização do EP e Obesidade como riscos para a saúde da criança, erros diagnósticos, limitações do programa de Saúde Infantil e Juvenil, falta de normas de orientação nacionais, evicção de procedimentos traumáticos, falha de registos e o seguimento na Pediatria ou Nutrição são factores que podem justificar os resultados obtidos. A reavaliação será efectuada após aplicação de medidas correctoras programadas.

### SUMMARY

#### STUDY EXPO 2010

#### Overweight and Obesity in Childhood

**Introduction:** During the last decades, overweight and obesity in childhood have been suffering a significant rise. National data point towards a total prevalence up to 30% between 7 and 9 years of age. The tendency is worsening, especially in the lower socioeconomic status. The mentioned weight changes expose children to a higher risk of severe co-morbidities, justifying this way the need for early detection and orientation of the problem, particularly in the ages focused in Global Health Exams.

**Objectives:** Ensure technical and scientific quality of the following records: overweight and obesity records in problems list, minimum diagnosis tests request and therapeutic counseling.

**Methodology:** Dimension: technical and scientific quality of the records. Unit of study: children watched in health unit of authors, born from 01/01 to 31/12 2002 (inc) and 01/01 to 31/12 1995 (inc), with at least one medical surveillance carried out, respectively, to 5 or 6 years and at 11, 12 or 13 years, with BMI  $\geq$  85th percentile; Evaluated Professionals: all family doctors; Time period evaluated: 2006-2009, inc. Data Type: clinical data. Data Sources: SINUS® and SAM® version 9.2. Evaluation: internal. Criteria for groups with overweight and Obesity, respectively: I and II) Registration in problems list, III and IV) Registration of minimum diagnosis tests request, V and VI) Registration of therapeutic counseling. Data collection: May 2010. Evaluation: Retrospective.

D.L.M., A.I.B., J.L.F., M.C.:  
Departamento de Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde Familiar. Nova Via. (ACES Espinho/Gaia). Gaia. Portugal.  
M.C.: Departamento de Medicina Geral e Familiar. Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Ermesinde (ACES Valongo). Portugal.

© 2011 CELOM

Sample: institutional basis, not random. Type of Intervention: Educational and structural. Results: There were included 118 children with weight changes (prevalence of 15.2% for overweight and 10,1% for obesity). In 5-6 years-old children, all the criteria were “Unsatisfactory” (the best result was the record of therapeutic plan on overweight but still only 26,2%). Regarding to teenagers, the results were “Good” for Criterion III, “Satisfactory” for the IV and VI and “Unsatisfactory” for all the others.

Discussion: Devaluation of overweight and obesity as a health risk to child, diagnostic errors, Child and Youth Health Program limitations, lack of national clinical guidelines, eviction of traumatic procedures, registration failure and follow-up in Pediatrician or Nutritionist are factors that may justify the results. The re-evaluation will be realized after the application of the planned corrective measures.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Excesso de Peso e a Obesidade na infância têm aumentado de modo preocupante. Portugal é responsável por um dos cenários europeus mais desfavoráveis<sup>1</sup>. Segundo o estudo COSI, em 2008/2009, a prevalência total das crianças entre os 7-9 anos com alterações do peso era superior a 30%<sup>2</sup>. A tendência de agravamento é particularmente alarmante, sobretudo nos estratos socioeconómicos mais baixos.

Crianças obesas e com excesso de peso estão em maior risco de desenvolver Diabetes *Mellitus* tipo 2, Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Perturbações do sono, Alterações psicológicas e Distúrbios do comportamento alimentar, entre outras patologias<sup>1</sup>.

O Médico de Família (MF) pode ter um papel fundamental na detecção precoce do problema. Os Exames Globais de Saúde constituem uma oportunidade chave para avaliar o crescimento e desenvolvimento, estimular a opção por comportamentos saudáveis, detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida da criança e do adolescente bem como apoiar e estimular a função parental<sup>3</sup>.

Em Dezembro de 2007, foi publicado, na revista *Pediatrics*, um suplemento especial sobre esta temática, onde constam recomendações de peritos para prevenção, avaliação e tratamento de crianças e adolescentes com Excesso de peso e Obesidade<sup>4,5</sup>. O seu conteúdo, SORT C da Taxonomia da *American Academy of Family Physician*<sup>6</sup>, serviu de base a um outro artigo publicado na revista *Patient Care* em 2008 e como suporte científico à realização deste trabalho<sup>7</sup>.

## OBJECTIVOS

Com este trabalho, os autores pretenderam garantir a qualidade dos registos dos seguintes procedimentos:

Codificação do Excesso de Peso e Obesidade na lista de problemas;

Pedido de exames complementares de diagnóstico (ECD) mínimos;

Registo do aconselhamento para modificação dos estilos de vida.

## METODOLOGIA

### 1. Dimensão estudada

Qualidade técnico-científica dos registos dos procedimentos alvo deste trabalho.

### 2. Unidade de estudo

Crianças que cumpriram as condições: a) + b) + d) ou a) + c) + d)

a) Inscritas e vigiadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Nova Via, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Ermesinde e UCSP de Aníbal Cunha (à data da realização deste estudo, esta US era o local de trabalho de uma das autoras);

b) Nascidas de 01-01-2002 a 31-12-2002 (inc.) e com pelo menos 1 consulta médica de vigilância realizada aos 5 ou 6 anos;

c) Nascidas de 01-01-1995 a 31-12-1995 (inc.) e com pelo menos 1 consulta médica de vigilância realizada aos 11, 12 ou 13 anos;

d) Com percentil de IMC  $\geq 85$ . Quando, no SAM, o resultado era P75-90, o percentil exacto de IMC era identificado na respectiva curva da Circular Normativa nº 05 /DSMIA de 21/02/2006 da Direcção Geral da Saúde (DGS).

Nos casos em que a criança/pré-adolescente tinha, em consultas diferentes, Excesso de Peso e Obesidade, foi considerado o diagnóstico que mais vezes se repetiu. Em caso de igualdade, foi seleccionado o diagnóstico da última consulta.

### Período de tempo avaliado

De 01-01-2006 a 01-12-2009 (inc.).

### Profissionais avaliados

Todos os MF das Unidades de Saúde (US) referidas.

### 3. Tipo de dados

Processo.

### 4. Fonte de dados

Processo Informático SINUS ® e Processo Clínico Informatizado SAM ®, versão 9.2 (Programa de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), Lista de Problemas e parâmetro “P” do SOAP).

### 5. Tipo de avaliação

Interna.

### 6. Critérios

Quadro 1 - Critérios para codificação do Excesso de Peso e Obesidade na lista de problemas

INDICADOR	CRITÉRIO	PADRÃO
I. Excesso de Peso (Percentil 85-94) na Lista de Problemas	Código T83*	Bom: $\geq 75\%$ Satisfatório: 40-74% Insatisfatório: $< 40\%$
II. Obesidade (Percentil $\geq 95$ ) na Lista de Problemas	Código T82*	Bom: $\geq 75\%$ Satisfatório: 40-74% Insatisfatório: $< 40\%$

Legenda: \*ICPC-2

Quadro 2 - Critérios para pedido de exames complementares de diagnóstico mínimos

INDICADOR	CRITÉRIO	PADRÃO
III. ECD em caso de Excesso de Peso**	Perfil Lipídico***	Bom: $\geq 65\%$ Satisfatório: 30-64% Insatisfatório: $< 30\%$
IV. ECD em caso de Obesidade**	Perfil Lipídico*** TGP, TGO Glicose em Jejum	Bom: $\geq 65\%$ Satisfatório: 30-64% Insatisfatório: $< 30\%$

Legenda: \*\**Pediatrics* 2007;120:S164-S192. (SORT C)

\*\*\*Colesterol Total, Colesterol HDL e Triglicérides

Quadro 3 - Critérios para o registo do aconselhamento para modificação dos estilos de vida

INDICADOR	CRITÉRIO	PADRÃO
V. Aconselhamento para alterações do estilo de vida em caso de Excesso de Peso	Descrição do aconselhamento ou códigos A45/T45/A58/T58* no parâmetro "P" do SOAP	Bom: $\geq 85\%$ Satisfatório: 50-84% Insatisfatório: $< 50\%$
VI. Aconselhamento para alterações do estilo de vida em caso de Obesidade	Descrição do aconselhamento ou códigos A45/T45/A58/T58* no parâmetro "P" do SOAP	Bom: $\geq 85\%$ Satisfatório: 50-84% Insatisfatório: $< 50\%$

Legenda: \* ICPC-2

## 7. Colheita de dados

Realizada pelos autores do estudo durante Maio de 2010.

## 8. Relação temporal

Avaliação Retrospectiva.

## 9. Amostra

Base institucional, não aleatória.

## 10. Intervenção prevista

Educacional e estrutural.

## RESULTADOS

Para efeitos de descrição dos resultados, as US não serão identificadas.

A lista fornecida pelo SINUS incluiu, inicialmente, um total de 600 Crianças e Pré-Adolescentes (C/PA) de todas as US. Dessas, 467 tiveram consulta médica de vigilância nas respectivas idades-chave (5-6 anos ou 11-13

anos). Por sua vez, dos 467 utentes vigiados, 118 (25,3%) apresentavam peso acima do normal (unidade de estudo).

Nestas 118 C/PA, havia mais casos de excesso de peso do que obesidade (Figura 1).

No total, a prevalência de excesso de peso foi semelhante em ambas as faixas etárias em estudo, ao contrário da relativa à obesidade que foi significativamente superior aos 5-6 anos (Figura 2).

Nas crianças com 5-6 anos verificou-se, em geral, uma reduzida taxa de procedimentos registados. De todos, o mais cumprido foi o aconselhamento para modificação dos estilos de vida. A codificação e o pedido de ECD obtiveram taxas inferiores, sobretudo nas crianças com Excesso de Peso (Figura 3). De salientar que todos estes indicadores obtiveram, nesta faixa etária, valores que se enquadram num padrão Insatisfatório.

Nos pré-adolescentes (11-13 anos), os resultados foram mais heterogéneos. A codificação na lista de problemas foi Insatisfatória, tanto para os casos de obesidade como de excesso de peso. O pedido de ECD atingiu maiores níveis de cumprimento, com um padrão Bom no excesso de peso e Satisfatório na obesidade. Finalmente, o plano terapêutico atingiu um padrão Insatisfatório e Satisfatório, respectivamente (Figura 4).

Analisando o registo dos procedimentos por US (figura 5), todos os indicadores foram insatisfatórios em todas as US, à excepção do pedido de ECD que, na Unidade 3, atingiu um padrão Satisfatório.

A US que apresentou piores resultados foi a Unidade 2, com valores claramente Insatisfatórios para todos os indicadores. Aliás, nesta US, não se verificou nenhum

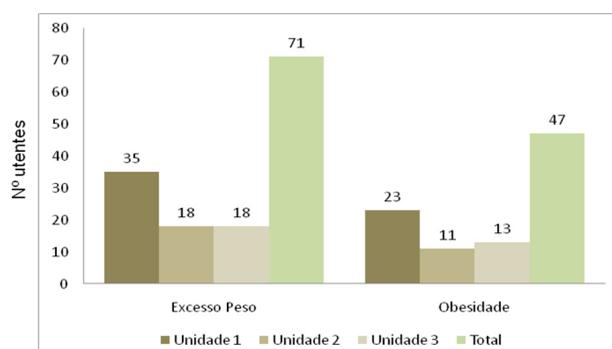


Fig. 1 - Número de utentes com excesso de peso e obesidade, por unidade de saúde

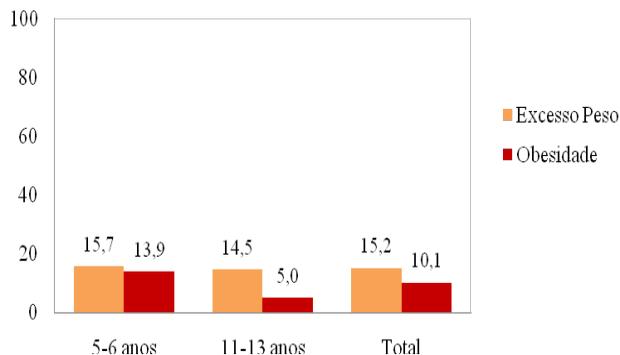


Fig. 2 - Prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças e pré-adolescentes com consulta

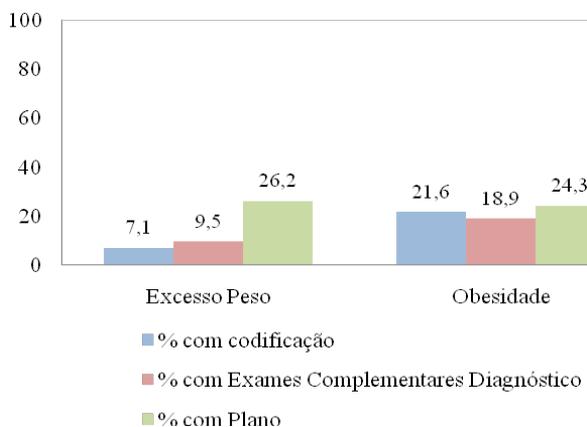


Fig. 3 - Percentagem de procedimentos registados nas crianças com 5-6 anos

caso de excesso de peso ou obesidade codificado na lista de problemas.

Pelo contrário, a Unidade 1 foi a que apresentou os valores mais altos, tanto para a codificação na lista de problemas como para o registo do plano terapêutico. Ainda assim, em nenhum conseguiu atingir valores satisfatórios.

## DISCUSSÃO

### Registo na Lista de Problemas

Procedimento com o pior resultado, Insatisfatório para o excesso de peso e para a obesidade. Na origem destes valores poderá estar uma menor capacidade diagnóstica ou a falha de registos.

Várias causas contribuem, possivelmente, para a primeira situação. Por um lado, à data da realização das consultas avaliadas, o programa de SIJ do SAM® apresentava várias limitações nesse campo. De facto, os intervalos estavam divididos em >95, 90-95 e 75-90 pelo que, neste último caso, ficavam incluídos utentes com (P85-90) e sem (P75-85) excesso de peso, originando confusões diagnósticas. Finalmente, o último ponto fraco do SAM® prende-se com o facto de, actualmente, ainda destacar com

cor vermelha apenas o percentil de IMC superior a 95, não captando a atenção do clínico para os resultados associados ao excesso de peso.

No que diz respeito à falha dos registos, alguns médicos poderão não estar ainda capacitados ou sensibilizados para a importância da codificação segundo a ICPC-2 e gestão da lista de problemas. Outros poderão não valorizar o excesso de peso e a obesidade como causa de complicações para a saúde das crianças e pré-adolescentes, atribuindo-lhes uma importância *minor* nas faixas etárias avaliadas.

### Pedido de ECD

Os resultados são também *Insatisfatórios* para as crianças com 5-6 anos. A ausência de normas de orientação clínica portuguesas poderá estar na origem dos valores encontrados. Muitos profissionais adoptam uma atitude mais complacente no sentido da evicção de procedimentos traumáticos nas crianças desta idade. Mesmo nos pré-adolescentes, a recusa da realização de análises é um factor que não pode ser ignorado. Ainda assim, para o grupo dos 11-13 anos, as taxas são substancialmente mais altas, atingindo o padrão de Bom para o excesso de peso e Satisfatório para a obesidade. Nesta idade, a DGS recomenda o pedido do perfil lipídico em adolescentes com factores de risco, se não tiver sido avaliado antes<sup>3</sup>. O próprio SAM® inclui nos parâmetros a avaliar o pedido destes ECD nesta faixa etária. Coloca-se, por isso, a possibilidade da existência de um viés nestes resultados. Possivelmente, muitos pedidos de perfil lipídico decorreram desta recomendação, independentemente da constatação ou não da existência de alterações do peso.

É possível ainda verificar que, nos pré-adolescentes, o pedido de ECD é mais alto nos casos de excesso de peso que na obesidade, o que poderá parecer contraditório. Em alguns casos de obesidade, foram efectivamente pedidos ECD mas não os suficientes para considerar o critério cumprido.

Existem outros factores que podem explicar os resultados associados ao pedido de ECD, nomeadamente, a desvalorização das alterações do peso como causa de eventuais complicações de saúde nas crianças e a preocupação com os custos, uma condicionante com um peso crescente na actividade dos profissionais. Finalmente, muitas crianças podem ser seguidas por Pediatria, a nível hospitalar ou particular, pelo que a orientação destes problemas poderá estar a cargo desses profissionais.

### Registo do plano terapêutico

O resultado foi Insatisfatório para as crianças de 5-6 anos (independentemente da alteração de peso em causa) e para os pré-adolescentes com excesso de peso. Somente na obesidade aos 11-13 anos, os dados são considerados

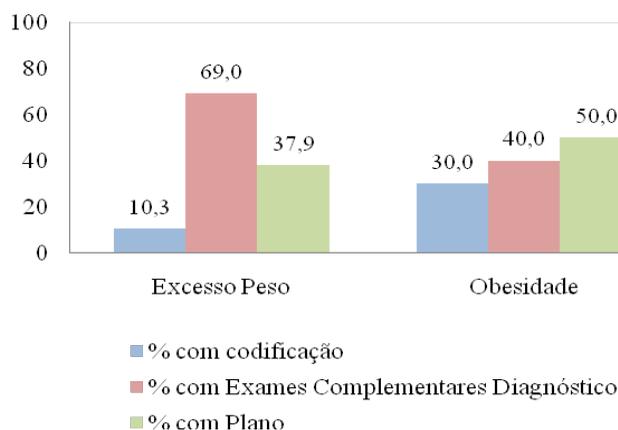


Fig. 4 - Percentagem de procedimentos registados nos pré-adolescentes com 11-13 anos  
(Ins. - Insatisfatório; Sat. - Satisfatório)

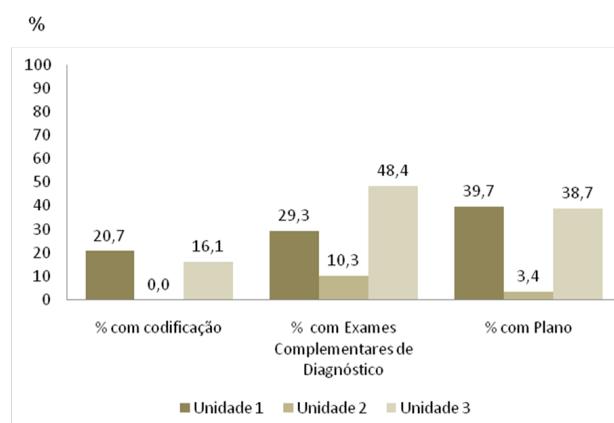


Fig. 5 - Percentagem de procedimentos registados em cada unidade de saúde  
(Insatisf. - Insatisfatório; Sat. - Satisfatório)

Satisfatórios. Também neste caso, pode tratar-se da ausência efectiva de plano ou simplesmente do registo.

A desvalorização da importância dos registos para a prática clínica, a escassez de tempo para todas as intervenções necessárias numa consulta de SIJ, o desconhecimento de qual a abordagem terapêutica mais adequada, a inexistência de folhetos educativos que possam ajudar a este processo e o seguimento das crianças em consultas de Pediatria ou Nutrição são justificações possíveis.

### Comparação das US

Da análise dos resultados verifica-se que, à excepção do pedido de ECD na Unidade 3, os registos dos procedimentos em estudo são considerados Insatisfatórios em todas as US. Daqui se conclui acerca da pertinência deste trabalho e da necessidade de uma reflexão séria sobre medidas a implementar de modo transversal em todas as equipas de trabalho avaliadas. Uma nota particular para a Unidade 2, onde as medidas correctoras definidas deverão fazer especial sentido dado os padrões baixos encontrados.

### Pontos fortes e limitações

Como pontos fortes deste trabalho, destacam-se o número de utentes que constituíram a unidade de estudo e a utilização do programa informático SAM® para colheita dos dados, eliminando o viés da memória e dos erros de interpretação da caligrafia associados à consulta de processos manuais. Além disso, as faixas etárias seleccionadas aumentaram a probabilidade da existência de pelo menos uma consulta médica de vigilância. Coincidem com a recomendação da realização do exame global de saúde, aumentando a responsabilidade dos médicos na detecção e orientação precoce deste problema. O principal ponto fraco do trabalho diz respeito à ausência de recomendações nacionais sobre esta temática.

### MEDIDAS CORRECTORAS

Os autores do estudo propõem a concretização de um conjunto de medidas correctoras, a implementar junto dos profissionais de saúde:

#### 1. Apresentação do trabalho a todos os MF e enfermeiros das US envolvidas

- Sensibilizar para a importância da detecção do problema do excesso de peso e obesidade Infantil;

- Divulgar a realidade actual dos registos nesta área e incentivar ao aumento da quantidade e qualidade dos mesmos;

- Esclarecer eventuais dúvidas que os profissionais venham a manifestar relativamente ao processo de classificação pela ICPC-2.

#### 2. Divulgação do artigo científico que serviu de base a este estudo:

Divulgação junto dos médicos, prioritariamente por via electrónica ou, em alternativa, em papel.

#### 3. Elaboração de um folheto educativo:

Comum às três US, alertando para as possíveis complicações das alterações de peso na saúde das crianças e dos adolescentes, incluindo conselhos dietéticos e de exercício físico.

#### 4. Contacto com o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde:

À data da redacção deste artigo, está já corrigida uma limitação do SAM que existia na altura em que as consultas foram realizadas, identificada pelos autores e referida na discussão. Efectivamente, em Junho de 2010, a divisão dos percentis passou a ser coincidente com os *cut-offs* de diagnóstico de excesso de peso e obesidade pelo que esta medida correctora inicialmente prevista já não terá efeito. No entanto, serão propostas as seguintes alterações para as restantes limitações identificadas no programa de SIJ:

- Sinalização a vermelho dos percentis de IMC  $\geq 85$ ;
- Criação de um campo específico que automaticamente classifique o estado ponderal em *peso normal*, *excesso de peso ou obesidade*, consoante o percentil de IMC obtido.

A melhoria da qualidade dos registos é um processo contínuo que requer tempo para a sua implementação. Com estas medidas correctoras, os autores do estudo pretendem um aumento do padrão de qualidade até à próxima reavaliação, programada para Março de 2011.

**Conflito de interesses:**

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

**Fontes de financiamento:**

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**REFERÊNCIAS**

1. Plataforma Contra a Obesidade: Disponível em: [www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt) [Acedido em 5 de Julho de 2010]  
2. World Health Organization: Estudo COSI (2008/2009). European

Childhood Obesity Surveillance Initiative – Portugal. WHO 2010

3. Ministério da Saúde: Portugal - Direcção-Geral da Saúde: Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de Actuação. Lisboa 2005

4. BARLOW SE and the Expert Committee: Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics* 2007;120;S164-S192

5. KREBS NF et al: Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *Pediatrics* 2007;120;S193-S228

6. EBELL MH, SIWEK J, WEISS BD et al: Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician* 2004;69(3):548-556

7. ANDREW J. SCHUMAN. Um plano de acção para a obesidade nas crianças . *Patient care*. Setembro de 2008; 13:45-60