

Impasses do profissional médico na prevenção e tratamento da criança e adolescente obesos (como sensibilizar a equipe de saúde na prevenção da obesidade)

Márcia Rocha Parizzi

Médica pediatra, doutora em saúde da criança e do adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG, coordenadora de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O alerta sobre a necessidade de reduzir o crescimento progressivo da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes tem sido recorrente na literatura médica.

Neste contexto, a importância do papel do pediatra nas últimas décadas tem sido destacada, pela oportunidade de eles estarem na atenção primária em contato bem próximo com crianças, adolescentes e suas famílias,^{1,2,3} podendo atuar tanto na prevenção quanto no tratamento precoce da obesidade. Observa-se, assim, aumento de publicações de estudos sobre a atuação desse profissional na clínica de obesidade, sendo recorrente a observação de que, apesar dos pediatras considerarem o tema importante, a maioria se sente insegura para conduzir o tratamento, sobre o qual apresentam experiências recorrentes de fracasso.^{1,2} Revisões sobre a eficácia dos tratamentos e das medidas preventivas na infância também revelam controvérsias e a maioria das intervenções não tem mostrado resultados favoráveis de forma incontestável.^{2,4}

Diversos estudos sobre adesão ao tratamento médico demonstram que a não adesão pode ser atribuída à crença, muito arraigada na prática clínica, de que o paciente deve ser submisso e obedecer às recomendações do profissional. Não aderir implica desobediência, recusa a obedecer, merecimento de punição. Nesse conceito, o paciente é considerado um indivíduo passivo que deve atender às recomendações médicas sem questioná-las. O contexto familiar e as dimensões socioculturais inerentes à conduta do paciente são ignorados pelo profissional.^{5,6,7} De acordo com a Academia Americana de Pediatria, as abordagens de prevenção tradicionais de identificar hábitos alimentares inadequados para saúde ou entregar para a família uma lista de recomendações, como se fossem uma prescrição de antibióticos, raramente produzem um resultado efetivo.⁸

Dessa forma, o paradigma médico vigente, cuja estrutura determinista de causa e efeito define obesidade como um desequilíbrio do balanço energético que traz em si uma solução simplista de ingerir menos ou gastar mais energia, tem sido enfaticamente questionado por diversos autores na tentativa de definir teorias capazes de enfrentar a complexidade intrínseca ao fenômeno da obesidade, possibilitando assistência de saúde mais efetiva para a população. Pesquisadores têm sugerido que as contribuições das ciências humanas deveriam ter cada vez mais importância no manejo dos problemas de saúde.^{9,10,11}

Em estudo qualitativo¹² recentemente desenvolvido na Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, que usou como instrumento entrevistas semidirigidas com pediatras a respeito de suas concepções e práticas no tratamento de crianças e adolescentes com obesidade, foi possível perceber alguns impasses na abordagem terapêutica. Entre os impasses percebidos relacionados diretamente com a atuação do profissional, destacam-

(como sensibilizar a equipe de saúde na prevenção da obesidade)

-se, primordialmente, as limitações decorrentes de concepção médica fragmentada, centrada no modelo biotecnológico. Observou-se o exercício hegemônico de uma clínica centrada na técnica e no ato prescritivo, em detrimento da clínica que valoriza a escuta, na qual o médico dá espaço ao paciente para falar de si, possibilitando surgir também demandas subjetivas de tratamento. Privilegia uma intervenção biológica e prescritiva (algumas vezes de forma autoritária, com dietas impostas), em detrimento dos aspectos psicossociais envolvidos no processo. Ou seja, orientações para mudanças no hábito alimentar deslocadas dos aspectos familiares, emocionais, sociais e culturais. Em geral, o profissional fica engessado pelos protocolos médicos (diretrizes técnico-assistenciais). O diagnóstico de obesidade da criança e adolescentes obesos é realizado por meio de atendimento “normalizado”, que privilegia a história da doença e de suas comorbidades, a identificação dos supostos erros alimentares, pesquisa de sedentarismo e a quantificação da gordura pelo IMC. As normas e regras dos protocolos médicos determinam, de modo geral, os limites e possibilidades de atuação do profissional.

As saídas possíveis seriam o reconhecimento da complexidade envolvida na clínica da obesidade para além dos protocolos e ressignificar as concepções de atendimento solitário para o atendimento interdisciplinar, por meio de valorização do diálogo com a família e mais articulação entre os especialistas. A experiência sistemática no exercício da interdisciplinaridade poderá ser um caminho para que o profissional assumira outra expectativa em relação à sua clínica, substituindo a relação com o paciente autoritária e unilateral por outra baseada no respeito e parceria, por meio da qual ele permita abrir brechas de escuta e deixe surgir um saber que vem do paciente obeso.

REFERÊNCIAS

1. Franc C, Gerwen MV, Vaillant ML, Rosman S, Pelletier-Fleury N. French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practices in the management of weight problems in children. *Health Policy*, v.91, n.2, p.195–203, July 2009.
2. Garcinuño AC, Pérez GI, Casares AI. Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. *Gac.Sanit.* v.22, n.2, p.98-104. 2008.
3. Price JH, Desmond SM, Ruppert ES, Stelzer CM. Pediatricians' perceptions and practices regarding childhood obesity. *Am. J. Prev. Med.*, v.5, n.2, p.95–103, 1989.
4. Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Supl. 2, p.S209-S234, 2008.
5. Bissel P, May CR, Noyce, PR. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Soc. Science Med.*, Oxford, v.58, n.4, p.851-862, 2003. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/socscimed>. Acesso em: outubro/2010
6. Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.923-931, 2006.
7. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J. Clin. Pharm. Ther.*, v.26, n.5, p.331-342, 2001.
8. Barlow SE. Report and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary expert committee recommendations regarding the prevention, assessment. *Pediatrics*, v.120, Suppl., p.S164-S192, 2007. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/Supplement_4/S164>. Acesso em: outubro/2010
9. Carvalho MC, Martins A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.1003-1012, 2004
10. Oliveira TRPR. Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. 159f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2008.
11. Tonial SR. Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001. (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, n. 2).
12. Parizzi MR. Concepções, atitudes e práticas do médico no atendimento da criança e do adolescente obesos. Tese. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2011.