

Universidade Aberta do SUS
Universidade Federal de São Paulo

Impactos da obesidade na saúde de um grupo de hipertensos e diabéticos do Centro de Saúde Bandeirantes na cidade de Sumaré no período de março a agosto de 2014.

Brenda Gonçalves

Orientadora: Maria Angélica Tavares de Medeiros

Sumaré, 05 de agosto de 2014.

INTRODUÇÃO

A obesidade emergiu como uma epidemia em países desenvolvidos, durante as últimas décadas do século XX. No entanto, atualmente, atinge todos os níveis socioeconômicos e vem aumentando sua incidência, também nos países em desenvolvimento, sendo considerada uma doença crônica, com uma alta taxa de morbidade e mortalidade¹. Estima-se hoje que exista um bilhão de pessoas com sobrepeso no mundo e mais de 300 milhões de indivíduos com obesidade². A obesidade não está limitada a uma região, país ou grupo racial/étnico. A obesidade é um fenômeno mundial que afeta ricos e pobres e é resultante da ação de fatores ambientais (hábitos alimentares, atividade física e condições psicológicas) sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo³.

A obesidade ameaça a população em geral, principalmente por estar associadas a outras doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM II).

“A predominância de HAS e DM II quase triplica em pessoas com mais de 20% de sobrepeso. Estudos epidemiológicos demonstram que a obesidade é a principal causa predisponente tanto da HAS como da DM II. A obesidade pode ser endógena, quando está relacionada com hipotireoidismo, Doença de Cushing, ou exógena, quando relacionada com o estilo de vida, em particular com a alimentação”⁴.

Assim, correlacionaremos esses três distúrbios patológicos, HAS, DM II e Obesidade, em um grupo de pacientes que frequentam regularmente a Unidade Básica de Saúde (UBS) Bandeirantes, localizados na cidade de Sumaré, em um período de aproximadamente 6 meses, com início no mês de março de 2014.

Os principais fatores para o desenvolvimento da obesidade neste grupo de pacientes são a falta de atividade física, aumento de atividades sedentárias, consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, redução de consumo de fibras, fatores psicológicos e falta de informações.

Visto que a etiologia é complexa, o tratamento da obesidade também é complexo e deve ser multiprofissional e interdisciplinar, sendo proposto aos pacientes mais do que uma simples redução de peso, e sim uma mudança no estilo de vida, com práticas de exercícios físicos e reeducação alimentar, que devem ser mantidas para sempre.

Esperamos que esse projeto modifique a vida e a saúde do grupo envolvido e que com os resultados positivos possam servir de exemplo para toda a população da UBS Bandeirantes.

OBJETIVO

O objetivo é demonstrar como a obesidade interfere, diretamente, nos níveis pressóricos e glicêmicos, tendo como exemplo, um grupo de pacientes submetidos às orientações e tratamentos médicos (clínico ou especializado), nutricionais e psicológicos.

A partir dos dados colhidos, fundamentar com os resultados, como a prevenção e cuidados alimentares são de extrema importância para obtenção de uma vida mais saudável.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) define obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir valores capazes de afetar a saúde. A obesidade refere ao aumento da quantidade de gordura corporal. Este aumento traduz-se em peso corporal por causa do tecido adiposo”⁴.

A obesidade pode ser diagnosticada por vários parâmetros, sendo mais utilizado mundialmente o índice de massa corporal (IMC), definido como: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$. Podemos classificar a obesidade em vários graus e assim precisar o seu diagnóstico: baixo peso $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$; peso normal ou variação normal $\geq 18,5-24,9 \text{ Kg/m}^2$; sobrepeso ou pré-obesidade $\geq 25,0-29,9 \text{ Kg/m}^2$; obesidade grau I $\geq 30,0-34,9 \text{ Kg/m}^2$; obesidade grau II $\geq 35-39,9 \text{ Kg/m}^2$; e obesidade grau III ou obesidade mórbida $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$ ⁵.

É uma doença crônica, rica em complexidade, com etiologia multifatorial com variáveis biológicas, psicológicas, sociais e econômicas, que envolve também aspectos ambientais e genéticos. Pode ser explicada nos hiperfágicos por alterações culturais, emocionais, regulatórias e metabólicas⁶. É de difícil tratamento, de alta morbidade e mortalidade, cujo risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso⁷, resultante do desequilíbrio crônico entre a ingestão e o gasto energético. Ocasiona consequências biológicas e psicossociais, identificadas em todas as faixas etárias⁸.

São variadas as causas da obesidade: causas genéticas, em famílias em que há várias pessoas obesas e em que o fator genético pode ser potenciado por maus hábitos de vida; excessiva ingestão calórica, em que a excessiva ingestão de alimentos calóricos acumula-se no organismo sob a forma de triglicerídeos, aumentando os adipócitos, que são as células armazenadoras de gordura; alterações endócrinas, como o hipotireoidismo, a Síndrome de Cushing e alterações hipofisárias que afetam cerca de 5% das pessoas obesas; alterações emocionais, de compensação ou satisfação; interação medicamentosa, pois em que alguns medicamentos, como os antidepressivos tricíclicos, associam-se a um aumento de peso; alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento nos homens e nas mulheres, sendo que, nas mulheres, no período da menopausa, há aumento de peso por falta de estrogênios; fatores socioculturais e econômicos, sendo que as classes sociais mais baixas consomem alimentos com maior conteúdo de glúcidos e gorduras, pelo seu preço mais econômico e ainda maus hábitos alimentares e diminuição da atividade física⁴.

Várias doenças estão associadas à obesidade, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outras doenças cardiovasculares, dislipidemias, Diabetes *Mellitus* tipo II, alterações hepatobiliares, apneia do sono, risco de complicações pós-cirurgia com má cicatrização dos tecidos, infecções e, ainda, problemas psicológicos com alterações do estado emocional⁴.

Muitas pesquisas realizadas na área da biologia molecular têm como objetivo descobrir algum medicamento capaz de tratar a obesidade sem causar nenhum efeito colateral. Até o momento esse medicamento não foi encontrado, e as drogas recentemente usadas apresentaram resultados frustrantes⁹.

É senso comum dizer que o tratamento da obesidade é difícil e que, com frequência, pessoas que conseguem emagrecer acabam recuperando o peso perdido algum tempo após. Isso é verdade, mas não se leva em conta que as condições ambientais têm exercido importante influência sobre o incremento da obesidade (sedentarismo traduzido em tempo gasto em frente à televisão, computador, jogos eletrônicos, falta de espaço para atividades físicas lúdicas, aliado ao maior acesso a alimentos ricos em carboidratos e gorduras), além do estímulo ao consumo de alimentos promovido pelos meios de comunicação¹⁰.

Com frequência, a abordagem sobre a obesidade, suas consequências clínicas e como tentar resolvê-las ocorre apenas quando o paciente vem procurar atendimento médico, e, na maioria das vezes, não é esse o seu principal problema.

A abordagem com o paciente é um aspecto importante, mas se não houver um estímulo do ambiente, dificilmente a criança, o adolescente ou até mesmo o adulto vai conseguir resolver a sua obesidade.

METODOLOGIA

Para analisar como a obesidade interfere diretamente em algumas doenças como a HAS e DM II, primeiramente, serão escolhidas as características dos envolvidos neste projeto, ou seja, será estipulado um grupo de 20 pessoas, que necessariamente devem ser hipertensos e diabéticos, sendo que, todos eles também deverão ser considerados obesos ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$). Este grupo serão de moradores que frequentam a Unidade Básica de Saúde Bandeirantes na cidade de Sumaré/SP.

A UBS Bandeirantes consta com três equipes de saúde, composta cada equipe por um clínico geral e 5 agentes de saúde, e também psicólogo, psiquiatra, nutricionista, grupos de liang gong e apoio do ambulatório de especialidades (endocrinologista, etc).

Para obtenção da amostra de pessoas com tais características, os agentes de saúde serão os responsáveis pela indicação dos pacientes que participarão do projeto e de convidá-los a participar como forma de promoção da saúde em geral, com ganhos importantes para a saúde de cada um, como o controle da pressão arterial, da glicose e perda de peso.

Após o convite, será agendada uma reunião com todos os participantes para esclarecimento dos objetivos do projeto e quais os resultados esperados. Logo após, agendada consulta individual para avaliação clínica, estudo do prontuário, avaliação física (peso, medida, classificação do IMC), fornecimento de uma ficha para controle glicêmico e pressórico diário, esclarecimentos de dúvidas, orientações sobre atividades físicas (serão orientados a praticar Lian Gong, 2 vezes por semana, visto que, esta pratica é de fácil acesso a todos) e encaminhamento para avaliação nutricional e/ou psicológica. Ficará acordado com cada paciente, que será permitido uma única falta justificada à consulta médica agendada, ou seja, na segunda falta já estará automaticamente desclassificado.

Depois da primeira consulta clínica, a segunda já estará pré-agendada para o período de 30 dias. Nesta segunda consulta, além de novo exame clínico, será discutido com o paciente quais as principais dificuldades no primeiro momento, e de acordo com as dificuldades, serão encaminhados para outros profissionais especializados quando necessário.

Na terceira consulta, também com intervalo de 30 dias, além de exame clínico e avaliação da ficha de controle pressórico e glicêmico, será feito o ajuste das doses dos medicamentos e questionado aos pacientes quais as melhorias que obtiveram com as mudanças no estilo de vida até aquele momento.

No mês de julho, será realizada a quarta consulta. Com a avaliação clínica já espera-se satisfação por parte dos participantes do projeto, já que, neste momento os resultados começarão a ser obtidos. Será reafirmado a necessidade de manutenção da dieta proposta pela nutricionista, a pratica de atividades físicas e uso regular dos medicamentos.

Para agosto, será agendada a última consulta clínica dos pacientes, para resgate da ficha de registro dos níveis pressóricos e glicêmicos, avaliação física geral e início da coleta dos dados obtidos com a intervenção neste grupo de paciente obesos, hipertensos e diabéticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Através da interferência clínica, psicológica e nutricional a qual o grupo de pessoas hipertensas, diabéticas e obesas foram submetidas, individualmente, esperamos que os resultados sejam muito positivos na promoção geral da saúde.

As pessoas que participaram do projeto tiveram uma atenção especial, orientações de caráter especializado e esperamos que os resultados reflitam, diretamente, na saúde de cada um, ou seja, que além da perda de peso, controle da pressão arterial e da glicose, os participantes fiquem satisfeitos com sua condição geral, com diminuição das dores, melhora da respiração, da disposição e principalmente se sintam mais ativas e dinâmicas no seu dia-a-dia.

CRONOGRAMA

ATIVIDADES 2014	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Elaboração do projeto	X					
Aprovação do projeto	X					
Estudo do referencial teórico / Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X	X		
Discussão e Análise dos Resultados					X	
Revisão final e digitação					X	X
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira CL, Mello MT, Cintra IS, Fisberg M. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Revista Nutrição*. Campinas 2004, 17(2):237-245
2. Bueno JM, Leal FC, Saquy LPL, Santos CB, Ribeiro RPP. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Revista de Nutrição*. Campinas 2011, 24(4):575-584
3. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo, MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista Nutrição*. Campinas 2005, 18(1): 85-93.
4. Mártires MAR, Costa MAM, Santos CSV. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Revista enfermagem*. Florianopolis 2013 enferm. 22(3)
5. Azeredo Z. O idoso como um todo. Viseu (PT): Psico & Soma; 2011.
6. Santos LRC, Rabinovich EP. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. *Saude soc*. 2011, 20(2):507-521.
7. Herscovici, C. R. *A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997
8. Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005
9. Pi-Sunyer X. A clinical view of the obesity problem. *Science*. 2003;299:859-60.
10. Barros, AA. Um quebra-cabeça chamado obesidade: *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, Nº1, 2004