

Curso de Especialização em Saúde da Família

## Como Intervir na Obesidade na Atenção Primária

Gabriela Xavier Fonseca

Orientadora: Eliana Moreira Pinheiro

São Paulo, Outubro de 2104

## Sumário:

1. Introdução
2. Objetivos
3. Revisão Bibliográfica
4. Metodologia
5. Resultados esperados
6. Cronograma
7. Bibliografia

## Introdução:

Segundo a Declaração de Alma Ata, em 1978, os cuidados primários à saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, bem fundamentadas pela ciência e aceitáveis pela sociedade, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento. Representam o foco principal e o primeiro nível de contato dos indivíduos da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (1).

Porém, no modelo tradicional da Atenção Primária à Saúde, as unidades básicas de saúde possuem características passivas em que não há vínculo efetivo com as pessoas e nem responsabilidade maior com a saúde da comunidade.

Assim, em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para cura de doenças. Operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), como é conhecida hoje, pretende promover a Saúde através de ações básicas, que possibilitem a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (2).

De acordo com a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve ter carácter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional em que as Equipes Saúde da Família atuam; devem atuar no território cadastrando os domicílios, realizando diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde conforme pactuação com a comunidade onde atua, buscando os cuidados dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa diante dos problemas de saúde-doença da população; devem desenvolver atividades conforme o planejamento e a programação realizados, tendo como base o diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; além de buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial na sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e devem ser um espaço de construção de cidadania (3).

Em Jardim D'Ávila, bairro osasquense do Estado de São Paulo, com aproximadamente 28 mil habitantes, a Atenção Primária à Saúde possui apenas uma Unidade Básica de Saúde na qual está se iniciando a implantação da Estratégia Saúde da Família com a Equipe D'Ávila da qual faço parte como médica. Uma nova Equipe está prevista, porém ainda faltam elementos fundamentais como Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Porém o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estava implementado há já alguns anos em Jardim D'Ávila o que permitia cobertura total da área. Com a implementação da ESF observaram-se grandes mudanças em toda a Estrutura da Rede de Saúde de Osasco. A Equipe D'Ávila cobre cerca de 28% da população do bairro.

Através de um processo de trabalho baseado nas características do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica, definidas na Portaria Nº

648 GM/2006, identificou-se como um dos problemas mais frequentes o Sobrepeso/Obesidade.

Estima-se que >50% da população adulta atendida pela Equipe D'Ávila apresenta-se com Sobrepeso/Obesidade (IMC<25Kg/m<sup>2</sup>).

Obesidade é definida, em vários estudos epidemiológicos, como sendo o acúmulo excessivo de gordura no organismo e é considerada uma doença multifatorial. A obesidade, principalmente a obesidade visceral, está intimamente relacionada ao desenvolvimento de inúmeras desordens metabólicas, incluindo-se a intolerância à glicose, hiperlipidemia, complicações cardiovasculares e acidente vascular cerebral (4). Além disso, grávidas obesas apresentam maior risco durante o parto, complicações que podem afetar tanto a mãe como o feto (5). Além destas complicações, ao avaliarmos do ponto de vista econômico, acarreta aumento nos custos da saúde pública (6).

Segundo o IBGE (2009), através da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e em parceria com o Ministério da Saúde foi constatado que o peso dos brasileiros vem aumentando nos últimos anos. Em 2008-2009, o sobrepeso afetou aproximadamente metade dos brasileiros homens e mulheres. Dentre as crianças e adolescentes, o sobrepeso e a obesidade foram encontrados muito frequentemente na idade de 5 anos (7). A POF também investigou o consumo alimentar e mostrou que a dieta da população brasileira ainda é baseada em alimentos tradicionais como o arroz e o feijão. No entanto também incorpora grande número de alimentos com baixo teor de nutrientes e elevada densidade energética, aliado ao baixo consumo de frutas, verduras e legumes (8). Segundo pesquisa, a informação genética constitui-se em uma causa suficiente para determinar sobrepeso e obesidade, mas não sempre necessária, sendo possível reduzir a sua influência, através de modificações no micro e macroambiente em que vivem as pessoas (9).

O principal alvo de prevenção da obesidade são as crianças. A prevenção primordial visa prevenir que os indivíduos se tornem “de risco” para sobrepeso; a prevenção primária objetiva evitar que os indivíduos “de risco” adquiram sobrepeso; e a prevenção secundária busca impedir a gravidade crescente da obesidade e a redução da comorbidade entre indivíduos com sobrepeso e obesidade.

O tratamento da obesidade é difícil porque há variação do metabolismo basal em diferentes pessoas e na mesma pessoa em circunstâncias diferentes (10).

A prevenção e acompanhamento da obesidade na Atenção Básica perpassam a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional; as ações de promoção da saúde, como alimentação saudável e atividade física ou práticas corporais; o acompanhamento interdisciplinar respeitando-se as competências específicas; o estabelecimento de metas individuais para os pacientes, de acordo com sua motivação para mudança de comportamento; e o acompanhamento regular tanto individual quanto em grupo (11).

O manejo da obesidade não é simples, porém, é passível de ser executado na atenção primária, por isso a importância de uma equipe multidisciplinar para o atendimento do indivíduo e seus familiares.

## Objetivos:

O objetivo deste trabalho é discutir, à luz da produção científica, a importância das ações de prevenção e detecção precoce dos casos de obesidade na atenção primária.

Num segundo momento, elaborar um plano de intervenção que será desenvolvido e aplicado na UBS Jardim D'Ávila.

## Revisão Bibliográfica:

Visando uma melhor compreensão da obesidade, abordarei a definição de obesidade, bem como suas causas, consequências, prevenção e tratamento.

A obesidade é classificada como o acúmulo de tecido gorduroso, localizado em todo o corpo, causado por doenças genéticas, endócrino-metabólicas ou por alterações nutricionais (12). Também pode ser definida como um excesso de adiposidade no organismo (13).

A obesidade é uma afeição metabólica complexa e que resulta, fundamentalmente, do desequilíbrio entre ingestão e o gasto calórico (14).

Baseado nas medidas antropométricas, vários critérios tem sido empregados para definir sobrepeso e obesidade. O Índice de Massa Corporal (IMC) consiste num dos mais adequados para avaliação do sobrepeso em adultos, crianças e adolescentes na rotina clínica e em saúde pública.

Segundo pesquisa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o IMC como método válido na verificação do estado nutricional populacional, indicativo de prevalência de sobrepeso e obesidade. Ele é calculado a partir da relação entre peso e estatura, utilizando a equação matemática  $IMC = \text{Peso(Kg)} / \text{altura(m)}^2$ , onde o valor obtido classifica indivíduos adultos de acordo com a seguinte interpretação. Se o valor obtido estiver entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup> está normal; se estiver entre 25 e 29,9 Kg/m<sup>2</sup> está com sobrepeso; para se caracterizar os indivíduos obesos utiliza-se o valor acima de 30 Kg/m<sup>2</sup>. Valores acima de 40 Kg/m<sup>2</sup> indicam “obesidade mórbida” – obesidade Grau III (15).

O cálculo de IMC é determinado para fechar o diagnóstico de obesidade e deve ser aplicado em crianças maiores de dois anos de idade (16).

Uma maneira eficaz e simples de avaliar a obesidade é pela medida da circunferência abdominal, usando uma fita métrica. A medida da circunferência abdominal é feita passando-se a fita métrica entre o umbigo e o apêndice xifóide, dando uma margem de 60 a 90% de acerto na medida da quantidade de gordura intra-abdominal. A circunferência de cintura, em adulto, é considerada como risco moderado nos valores >94 cm para o sexo masculino e >80 cm para o sexo feminino. E alto risco, naqueles com >102 cm para homem e >88 cm para mulheres, não se dispõe de valores para crianças e adolescentes (17).

A obesidade tem relação com a mudança e as transformações econômicas ocorridas nos últimos anos, com a incorporação de hábitos alimentares e hábitos de vida de países desenvolvidos, aliados a um aumento do sedentarismo (17).

São muitos os fatores relacionados na gênese da obesidade, como os genéticos, os fisiológicos e os metabólicos; no entanto, os que poderiam explicar este crescente aumento no número de indivíduos obesos provavelmente estão mais relacionados às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares, como o aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética e a diminuição da prática de exercícios físicos (15).

Também se considera uma etiologia multifatorial cujo desenvolvimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos. Há uma grande variabilidade biológica entre os indivíduos em relação ao

armazenamento do excesso de energia ingerida, condicionada por seu patrimônio genético, como se esses fatores tivessem ação permissiva para que os fatores ambientais atuassem, criando uma espécie de “ambiente interno” favorável à produção do ganho excessivo de peso (9).

Fatores externos (unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimentos de nutrição e manias alimentares) e fatores internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico) também são fatores considerados como influência ao comportamento alimentar (18).

A obesidade é classificada como androide ou ginecóide. A forma androide é mais comum nos homens, a gordura se acumula principalmente no tórax e no abdômen, chamada de gordura visceral ou abdominal. A forma ginecóide, mais comum nas mulheres, apresenta a gordura distribuída de forma periférica pelo corpo, no tecido subcutâneo, com a maior parte da gordura depositada nas nádegas e nas coxas ( 17).

As complicações da obesidade são articulares (maior predisposição a artroses, osteoartrite, entre outras); cardiovasculares (hipertensão arterial, hipertrofia cardíaca); cirúrgicas (aumento do risco cirúrgico); crescimento (idade óssea avançada, aumento da altura, menarca precoce); cutâneas (maior predisposição a micoses, dermatites e piodermites); endocrinometabólicas (resistência a insulina e maior predisposição a diabetes, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia); mortalidade (aumento do risco de mortalidade); neoplásicas (maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, colon/reto, próstata); psicossociais (discriminação social e isolamento, afastamento de atividades sociais); respiratórias ( tendência à hipoxia, apneia do sono, infecções e asma) (18).

A prevenção primordial visa impedir que o indivíduo se torne “de risco” para sobrepeso; a prevenção primária objetiva que os indivíduos “de risco” adquiram sobrepeso; e a prevenção secundária busca impedir a gravidade crescente da obesidade e a redução das comorbidades entre indivíduos com sobrepeso e obesidade.

O tratamento da obesidade é difícil porque há variação do metabolismo basal em diferentes pessoas e na mesma pessoa em circunstâncias diferentes. Além disso a atividade física de obesos é geralmente menor do que a de não obesos (10). Por isso a importância de uma equipe multidisciplinar para o atendimento dos indivíduos obesos e em alguns casos suas famílias.

## Metodologia:

Trata-se de um projeto de intervenção, cuja trajetória metodológica a ser percorrida, fundamenta-se em leituras integrativas, exploratórias e seletivas do conteúdo pesquisado.

Esta intervenção ocorrerá na área atendida pela Equipe D'Avila da UBS Carmeno Nagghy, que cobre cerca de 28% da população do bairro Jardim D'Avila. Esta população é bastante variada e versátil consoante as microáreas apresentando proporção semelhante de crianças, adultos e idosos. Estima-se que > 50% da população adulta desta área apresenta-se com sobrepeso/obesidade ( $IMC > 25\text{Kg/m}^2$ ). O número de indivíduos com sobrepeso e obesidade vem sendo aferido ao longo dos últimos meses para uma melhor abordagem de cada grupo, porém este projeto é de interesse também para os indivíduos que não se encaixam nestes grupos, ou seja com  $IMC < 25\text{Kg/m}^2$ , pois ser-lhes-á útil como estratégia de prevenção e conhecimentos básicos sobre alimentação saudável.

Este projeto pretende abordar todos os indivíduos da área correspondente à Equipe D'Avila, porém com mais enfoque nos indivíduos que apresentam sobrepeso/obesidade.

Para dar início à abordagem iremos identificar a nossa população alvo: indivíduos "de risco" para desenvolvimento de obesidade e indivíduos obesos. Este levantamento será feito ao longo das consultas de rotina, onde iremos obter medidas como altura e peso de modo a calcular o IMC, circunferência abdominal e anamnese de modo a identificar a população alvo. Além deste levantamento na própria UBS serão avaliados os pacientes visitados no domicílio através de balança digital e fita métrica para retirada das medidas acima referidas e anamnese.

Na anamnese serão avaliadas: história familiar, hábitos alimentares, fatores socioeconômicos, culturais, étnicos e comportamentais.

Estes dados serão plotados em mapas mensais com informações dos indivíduos, e estes serão divididos em dois grupos: grupo dos pacientes com sobrepeso e grupo dos pacientes obesos. Esta informação será útil para termos uma noção mais fidedigna da gravidade do problema nesta área e para vermos a evolução destes números ao longo de cada mês.

Os indivíduos incluídos nestes grupos serão abordados individualmente nas suas consultas de rotina e serão abordados em grupo através de reuniões mensais em que serão pesados e plotados em gráficos, para que haja algum estímulo de competição, discutirão seus diários alimentares que serão solicitados aos pacientes que participarem das reuniões, abordarão seus problemas nas rodas de conversas onde poderão se sentir à vontade para partilhar alguns sentimentos que criam ansiedades e outros sentimentos que acabam piorando seu estado de saúde. Toda esta abordagem em grupo será realizada na presença da médica, enfermeira e técnica de enfermagem responsáveis pela equipe e voluntários especializados na temática como nutricionistas, endocrinologistas, pediatras, professores de ginástica e psicólogos.

A divulgação dos grupos será feita principalmente pelos agentes comunitários.

Serão realizadas caminhadas semanais, com a presença de todos os elementos da Equipe D'Avila para motivar os integrantes do grupo. Todas as



sextas-feiras temos (é algo que já acontece na nossa UBS) aulas de alongamentos, durante a espera das consultas, realizadas por uma professora de ginástica. Durante a espera das consultas, uma vez por semana, os agentes serão responsáveis pela apresentação de um tema relacionado ao assunto para enriquecer o conhecimento dos usuários acerca do tema.

Em relação à abordagem nas crianças, poderemos complementar a toda esta estratégia o incentivo ao aleitamento materno, palestras em escolas, educação de pais e professores, estimular gestores de organizações locais, estaduais e nacionais a proporcionarem condições para um estilo de vida mais saudável incluindo alimentação adequada e recursos para a prática regular de atividades físicas.

Os indivíduos que necessitarem de uma abordagem mais especializada, com uso de medicações ou realização de cirurgias serão encaminhados à especialidade responsável.

Esta é uma estratégia com resultados significativamente visíveis a longo prazo, pois será necessário alterar rotinas que já estão muito enraizadas nesta população e criar novos hábitos que nunca foram praticados.

## Resultados Esperados:

Com este projeto de intervenção espera-se diminuir o número de indivíduos com sobrepeso e obesidade e prevenir o surgimento destes nos indivíduos não afetados. Com isso melhorar o nível de saúde da população, diminuindo o surgimento de comorbidades futuras e consequentemente melhorar a economia com mão de obra saudável e diminuir os custos na saúde com comorbidades futuras.

Cronograma:

Atividades (sugestão 2014/15)	09/2014	10/2014	11/2014	12/2014	01/2015	02/2015
Elaboração do projeto	X					
Coleta de dados	Prazo para coleta de dados: Variável (máx 6 meses)					
Discussão e análise dos resultados						X
Revisão final e digitação	X	X				
Entrega do trabalho final		X				
Observação dos primeiros resultados	Observação mensal a partir de 02/2015					

## Bibliografia:

1. DECLARAÇÃO de Alma Ata, URSS, Alma Ata, 12 de setembro de 1978. Disponível em: [www.mpes.com.br/.../6\\_20941853620102005\\_Declaracao%20de%20Alma%20Ata.doc](http://www.mpes.com.br/.../6_20941853620102005_Declaracao%20de%20Alma%20Ata.doc).
2. FARIA HP Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Unidade Didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_4\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf).
4. DÂMASO AR *et al.* Etiologia da Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 3-34p.
5. STOTHARD KJ *et al.* Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009;301(6):636-50
6. TROGDON JG *et al.* State- and Payer- Specific Estimates of Annual Medical Expenditures Attributable to Obesity. Obesity (Silver Spring). 2011 Jun 16. [Epub ahead of print]
7. FERNANDES PM *et al.* Obesidade: a maior epidemia do século XXI? São Paulo Med J. 2011; 129(5):283-4
8. HORTON S. The economics of food fortification. Jornal de Nutrição. 2006; 136(4):1068-71
9. COUTINHO W. Consenso Latino-americano de obesidade. Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica, 1999
10. MEYER F. Avaliação da saúde e aptidão física para recomendação de exercício em pediatria. Revista Brasileira Medicina do Esporte, 1999.
11. JAIME PC. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Revista de Nutrição, Campinas. 24(6):809-824, nov./dez., 2011
12. FISBERG M. Obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Fundação BYK, 1995.
13. ZLOCHEVSKY ERM. Obesidade na infância e adolescência. Revista Paulista de Pediatria, 1996.

14. GESTA S. *et al.* Developmental origin of fat: Tracking obesity to its source. *Cell*. 2007; 131:242-56. In: Alves JGB; Siqueira PP; Figueiroa JN. *Jornal de Pediatria*, v85 n1, Porto Alegre Jan-Fev 2009.
15. OLIVEIRA CL. *et al.* Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, v47, n2. São Paulo, 2003.
16. DINIZ V. *et al.* Um fenómeno de readaptação. *Pesquisa Médica*, n10, 2009.
17. LAMOUNIER JA. *et al.* Prevalência de obesidade e sobrepeso na adolescência no Brasil. *Revista de Medicina Minas Gerais*, v13, n4, 2003, 285-84p.
18. MELLO ED. *et al.* Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, v80, n3, 2004.