

Especialização em Saúde da Família

Luiz Fernando Bretas

Projeto de intervenção do PROVAB

**Ação para diminuir o alto índice de obesidade na ESF Palha,
em Queluz, SP.**

Orientadora Profa. Dra. Marcia Hiromi Tanaka

Queluz, SP
Janeiro de 2015

Sumário:

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo geral.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Metodologia.....	4
4. Resultados esperados.....	6
5. Cronograma.....	6
6. Referências.....	7

1. Introdução:

Nos últimos anos, a forma como as pessoas estão vivendo contribuem cada vez mais para o desenvolvimento da obesidade. Muitas vezes o sedentarismo é favorecido com a tecnologia através do uso de computador, televisão com controle remoto, vídeo game entre outros, e somado a isto, temos o consumo maior de alimentos industriais pela população^(1,2).

A obesidade já apresenta dados alarmantes no mundo e também em nosso país. Os dados do ano de 2008 mostram que o sobrepeso e a obesidade atingiam 1,5 bilhões de adultos em todo planeta, e sua estimativa para 2030 é que pessoas com sobrepeso chegue a 2,2 bilhões e com obesidade 1,1 bilhões. Já no Brasil, nas últimas décadas, a obesidade quadruplicou nos homens e duplicou nas mulheres, atingindo metade da população adulta acima do peso⁽³⁾.

De maneira simples, a obesidade pode ser definida como o excesso de gordura em nosso organismo, sendo considerada uma doença crônica⁽⁴⁾. Pode ser causada vários fatores como: ingestão calórica maior que o gasto energético, fatores genéticos, metabólicos, comportamentais, sócias e culturais⁽⁵⁾.

A obesidade faz parte de um grupo denominado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁽⁴⁾. As DCNT causam grandes complicações para a saúde, interfere na qualidade de vida e saúde da população e implica em altos custos para o governo e para a sociedade em geral^(6,7).

Os malefícios desse excesso de peso, com destaque para a obesidade grau III, apresenta ligações com morbidades como hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2^(8,9,4). Soma-se também os danos psicológicos, onde a autoestima diminui, contribuindo ao surgimento de depressão e ansiedade. Portanto, suas consequências, tanto físicas quanto psicológicas, comprometem seriamente a qualidade de vida desses pacientes^(8,4).

Uma avaliação prática é fazer uma relação entre peso e altura, chamado de Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela divisão do peso (em Kg) pela altura ao quadrado (em m²). Valores de IMC iguais ou superiores a 25 kg/m² e inferiores a 30 kg/m², definem sobrepeso. Já a obesidade é quando o IMC é maior ou igual a 30 kg/m², apresentando três classes: Classe I, onde os valores vão de 30 a 34,9 kg/m²; a Classe II, de 35 a 39,9 kg/m²; e a Classe III, maior ou igual a 40 kg/m²⁽¹⁰⁾.

A Circunferência da Cintura (CC), que também é um dado importante, foi considerada como dado importante ao risco elevado de complicações metabólicas associadas ao excesso de peso. Coletado através de uma fita métrica paralela ao solo, na altura do ponto médio entre a crista ilíaca e a borda inferior da última costela, a fita não deverá ficar nem comprimindo, nem solta na pele. Os pontos de corte para a cintura indicam risco quando forem maior ou igual a 80 cm em mulheres e maior ou igual a 94 cm em homens⁽¹⁰⁾.

Outro dado antropométrico também utilizado seria a Razão Cintura/Quadril (RCQ), onde apresentam risco de desenvolver doenças cardiovasculares mulheres com valor maior de 0,85 e homens com razão maior que 1,0⁽¹⁰⁾.

Há ópticas divergentes sobre o grande causador da obesidade, os médicos atribuem os fatores internos dos pacientes, e estes atribuem os fatores externos⁽¹¹⁾. Porém, existem evidências concretas de que fatores como

mudança no hábito alimentar, prática de atividade física e o uso de fármacos (metformina e orlistat) diminuem o peso e contribuem para uma vida mais saudável^(11,12).

Diante desse contexto, na unidade, do bairro da Palha foi observado que um grande número de pessoas assistidas por esta unidade sofriam com a obesidade. Assim, este projeto de intervenção tem com objetivo combater e diminuir a obesidade, e assim, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

2. Objetivo:

2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade de vida dessa população, atuando na diminuição da obesidade, como consequência na prevenção de doenças cardiovasculares e outras complicações da obesidade.

2.2 Objetivos específicos

Mobilizar e conscientizar a população adulta obesa do bairro da Palha, localizada em Queluz-SP, sobre os malefícios que acompanham a obesidade. Adicionalmente, diminuir a taxa ou melhorar a classe de acordo com o IMC, medidas antropométricas e exames laboratoriais.

3. Metodologia:

Na Estratégia de Saúde da Família do bairro da Palha, município de Queluz – SP, foi observado uma quantidade expressiva de pacientes obesos que consultavam por diversas queixas. Assim, surgiu a necessidade de intervir para mudar as reais condições de saúde dessa população e evitar futuras complicações desta parcela da população de Queluz-SP.

Fase de exploratória

Será convocada a população local para discutir sobre o problema da obesidade instalada na área e suas complicações para a saúde. Expor o projeto aos moradores e explicá-lo, deixar claro os objetivos a serem atingidos e em seguida, apresentá-lo ao Conselho Municipal de Saúde.

Uma dificuldade que já surge é que a área na qual sofrerá intervenção não tem Conselho de bairro, com isso, fica prejudicado a comunicação direta com os moradores. Para sanar esta dificuldade, serão usados os agentes comunitários para atuarem como intermediários entre a equipe de saúde e a população.

Posteriormente, será realizada uma reunião com todos os profissionais de saúde que atuam na Unidade Básica de Saúde para apresentar o projeto de intervenção. A participação de outros profissionais e a relação multiprofissional é de extrema importância sendo necessária a atuação de agentes comunitários

de saúde, técnicas de enfermagem, enfermeira, dentista, nutricionista, psicóloga e médico.

Fase de diagnóstico

Para a identificação dessa população, ocorrerá uma triagem com base em: idade, sexo, peso, altura, circunferência abdominal, medida do quadril, pressão arterial, glicemia, colesterol total, fração HDL, tabagista ou não e se é portador de diabetes. Essa triagem será realizada pelos agentes comunitários acompanhados pelas técnicas de enfermagem ou mesmo a enfermeira em visitas domiciliares e nas pré-consultas, realizadas pelas técnicas de enfermagem.

Algumas variáveis são essenciais para calcular o IMC, circunferência abdominal, razão cintura/quadril e Escore de Framingham.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no país⁽¹³⁾. Assim, através do escore de Framingham, podemos estimar o risco de doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos.

Fase de execução

Após a triagem e classificação, ocorrerá uma divisão dos pacientes em pequenos grupos de 5 a 10 pessoas, dependendo do número total de participantes e de acordo com as classes de obesidade e escore de Framingham.

Também será usado como estratégia o modelo de Terapia Cognitiva-Comportamental em Grupos (TCCG), onde diversos artigos demonstram bons resultados, como citado no artigo do Neufeld CB et al, 2012⁽¹⁴⁾.

Ocorrerão encontros mensais com esses grupos, nos quais a equipe traçará metas associadas as mudanças no estilo de vida. Serão desenvolvidas dietas, trabalhos sobre a autoestima e outros fatores psicológicos dos pacientes. Juntamente à troca de experiências vividas no projeto e atenção especial à saúde bucal dos participantes como complementação.

Esses encontros mensais terão duração de duas horas e serão realizados na própria unidade durante seis meses. Todos os profissionais da saúde participarão das reuniões como já citado, com o acréscimo de utilização de facilitadores externos para atualizar e ajudar nas reuniões.

Ocorrerá um grupo de caminhada, semanalmente, liderado pelos agentes comunitários de saúde, para ser um estímulo inicial à prática de atividade física e mantê-los incentivados a continuar realizando.

Três consultas individuais realizadas pelo médico, com intervalos de dois meses, serão obrigatórias. Surgirão algumas exceções, onde terá que ocorrer mais consultas, em casos onde o paciente apresentar alterações significativas em seu exame físico e/ou laboratorial, ou que apresente alguma comorbidade que seja necessária atenção especial, ou que durante o projeto de intervenção venha a ter necessidade.

Fase de avaliação e monitoramento

Através dos grupos e dessas consultas, acontecerá o monitoramento desses pacientes através de dados antropométricos usados e exames laboratoriais colhidos de forma seriada. Assim, a avaliação será realizada com os dados colhidos e comparados durante todo o processo para ter uma evolução individual e coletiva da população envolvida.

4. Resultados Esperados:

Espera-se que as ações propostas ajudem a diminuir a obesidade da população do bairro da Palha, em Queluz-SP. Assim, promover uma mudança benéfica no estilo de vida dessas pessoas e conseqüentemente uma qualidade de vida melhor.

O sucesso da intervenção será alcançado se a maioria dos participantes conseguir diminuir sua classe de acordo com o IMC, medidas antropométricas e diminuir o risco de doenças cardiovasculares através do escore de Framingham.

Desta forma, os envolvidos também diminuirão a probabilidade de vir a desenvolver alguma das complicações conseqüentes da obesidade.

5. Cronograma

Atividades	Início	Término
Elaboração do projeto	Dezembro de 2014	Janeiro de 2015
Aprovação	Fevereiro de 2015	Fevereiro de 2015
Estudo da literatura	Dezembro de 2014	Dezembro de 2015
Apresentação e reunião do projeto à equipe da UBS	Março de 2015	Março de 2015
Convocação da população para o projeto	Março de 2015	Março de 2015
Apresentação do projeto ao Conselho Municipal de Saúde	Março de 2015	Março de 2015
Identificar a população alvo	Abril de 2015	Mai de 2015
Reuniões mensais dos grupos	Junho de 2015	Novembro de 2015
Consultas individuais	Junho de 2015	Novembro de 2015
Grupo de caminhada	Junho de 2015	Novembro de 2015
Discussão e análise dos resultados	Dezembro de 2015	Dezembro de 2015
Revisão final e digitação	Janeiro de 2016	Janeiro de 2016
Entrega do trabalho final	Fevereiro de 2016	Fevereiro de 2016
Socialização do trabalho	Fevereiro de 2016	Fevereiro de 2016

6. Referência Bibliográfica:

1. Mendonça CP, Anjos LA dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):698-709.
2. Anjos, LA dos. *Obesidade e saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Brasil - Ministério da Saúde. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1999. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamentos e Gestões. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional [Internet]. Brasília: IBGE; 2010. [acessado em 23 nov. 2014]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf
4. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(3):359-66.
5. Sarturi JB, Neves J, Peres KG. Obesidade em adultos: estudo de base populacional num municipio de pequeno porte no sul do Brasil em 2005. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2010;15(1):105-13.
6. Vilarinho RMF, Lisboa MTL, Thiré PK, França PV. Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm*. 2008; 12(3): 452-6.
7. Guimarães NG, Dutra ES, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Rev Nutr*. 2010; 23(3): 323-33.
8. Da Silva MP, Jorge Z, Domingues A, et al. Obesity and quality of life. *Acta Med Port*. 2006;19(3):247-9.
9. Reis EP, Gontijo PL, Cardoso FPF. Qualidade de vida nos diferentes graus de obesidade. *Brasilia Med*. 2010;47(3):285-91.
10. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva; 2000. (Technical Report Series, 894).

11. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Clinical Guideline 2006; 43:1-84.

12. Desilets AR, Dhakal-Karki S, Dunican KC. Role of metformin for weight management in patients without type 2 diabetes. Ann Pharmacother 2008 Jun; 42 (6): 817-26.

13. Lotufo PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

7

14. Neufel CB, Moreira CAM, Xavier GS. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência. Rev PSICO (Porto Alegre). 2012 jan.-mar.; 43(1):93-100.