



# **CONTROLE NUTRICIONAL E IMC EM PACIENTES OBESOS DA UBS VILA MATIAS - SANTOS**

Aluna: Monica Rina Cardenas Gonzales

Orientadora: Ieda Aparecida Carneiro

São Paulo



**SUMÁRIO**

1. Resumo.....	3
2. Introdução.....	4
3. Objetivo.....	6
4. Metodologia.....	7
4.1 Cenário da Intervenção.....	7
4.2 Sujeitos da Intervenção.....	7
4.3 Estratégias e ações.....	7
4.4 Avaliação e Monitoramento.....	8
5. Resultados esperados.....	9
6. Cronograma.....	10
7. Referências.....	11
8. Anexo.....	12

## 1. RESUMO

**Introdução:** A Obesidade é uma doença de alta prevalência com importantes implicações sociais, psicológicas e médicas. **Objetivo:** Reduzir a obesidade através de um projeto de intervenção. **Método:** Estudo de Intervenção Educativa que será realizado na UBS Vila Matias da cidade de Santos com pacientes que apresentem IMC superior a 20kg/m<sup>2</sup>. A amostra será constituída por 20 adultos com idade entre 21 e 80 anos idades, ambos os gêneros. Será aplicado um questionário com questões sobre características sócio-demográficas e clínicas e uma Escala para mensuração da obesidade. Após aplicação dos questionários será realizada orientação sobre a prevenção e os riscos da obesidade. Após 4 semanas a escala será reaplicada para verificar a eficácia da orientação. **Resultados Esperados:** Redução da obesidade na população da UBS de Vila Matias.

### DESCRITORES:

Obesidade, prevenção, índice de massa corporal, complicações.

## 2.INTRODUÇÃO

A Obesidade é uma doença de alta prevalência com importantes implicações sociais, psicológicas e médicas. Esta patologia associa-se com grande frequência a condições tais como dislipidemia (DL), diabetes (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), que favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares sendo principal causa de morte no Brasil<sup>(1)</sup>.

Nos dias atuais, tem alcançado números preocupantes, com cerca de 1.1 bilhão de adultos da população mundial apresentando Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25,00\text{kg/m}^2$ , enquanto que 312 milhões se encontram na faixa de obesidade (IMC  $\geq 30,0\text{kg/m}^2$ ), sendo esta uma epidemia mundial.

No Brasil, as mudanças nos aspectos demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos, nos últimos tempos, permitiram que ocorresse a denominada transição nutricional, ou seja, redução progressiva da desnutrição e aumento do índice de obesidade<sup>(2,3)</sup>.

Essa questão se torna altamente relevante, uma vez que a obesidade está associada ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como dislipidemias, diabetes Mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. Evidências indicam que os principais fatores implicantes no aumento do peso corporal são o maior consumo de alimentos fonte de gorduras saturadas e carboidratos simples, com concomitante diminuição da ingestão de fibras (em função da ausência de alimentos integrais, frutas, verduras e legumes), carboidratos complexos e, digno de nota, redução nos níveis de atividade física<sup>(4)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde atualmente caracteriza a obesidade como uma epidemia mundial que não respeita fronteiras, acometendo, também, países desenvolvidos como Suécia e Estados Unidos. O conhecimento nutricional pode ser definido como um construto científico criado por educadores nutricionais para representar o processo cognitivo individual relacionado à informação sobre alimentação e nutrição, podendo estar diretamente relacionado com a seleção alimentar e com o sucesso na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis<sup>(5)</sup>.

De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano devido a doenças associadas ao excesso de peso. Nos Estados Unidos, estima-se que este número seja de 300 mil pessoas<sup>(6,7)</sup>.

Conforme as informações do DATASUS o número de brasileiros mortos por complicações diretamente relacionadas à obesidade triplicou em um período de dez anos, em 2001, 808 óbitos tiveram a doença como uma das causas. Em 2011, último dado disponível, o número passou para 2.390, um crescimento de 196%. O aumento também foi significativo quando considerada a taxa de mortos por 1 milhão de habitantes. No mesmo período de dez anos, a taxa dobrou, sendo, 5,4 para 11,9, segundo dados do Ministério da Saúde<sup>(8)</sup>.

Os métodos de avaliação do consumo alimentar com o objetivo de identificar o padrão dietético e, por fim, propor modificações nos hábitos alimentares diários são comumente utilizados na literatura. Embora o registro alimentar diário seja uma das maneiras mais frequentemente utilizadas, o conhecimento nutricional tem sido utilizado como uma interessante ferramenta de avaliação.

Diferenças no estado nutricional podem ser decorrentes tanto de influência genética, quanto do meio ambiente, e da interação entre ambos. A correlação entre sobrepeso dos pais e de filhos é grande e decorre do compartilhamento da hereditariedade e a do meio ambiente<sup>(9)</sup>.

Dificuldade em estabelecer um bom controle de saciedade é um fator de risco para desenvolver obesidade, tanto na infância quanto na vida adulta. O tratamento da obesidade é difícil porque há variação do metabolismo basal em diferentes pessoas e na mesma pessoa em circunstâncias diferentes. Assim, com a mesma ingestão calórica, uma pessoa pode engordar e outra não<sup>(10)</sup>.

As iniciativas de prevenção primária são as mais eficazes, provavelmente se forem iniciadas antes da idade escolar e mantidas durante a infância e a adolescência. Deve haver um esforço significativo no sentido de direcioná-las à prevenção da obesidade já na primeira década de vida<sup>(10)</sup>.

Quanto mais prevalente se torna a obesidade maior o estímulo para se estudar grupos populacionais mais vulneráveis ao problema, onde se possa levantar hipóteses relacionadas à determinação dessa patologia. Diante do exposto pretende-se saber qual é o conhecimento nutricional e sua associação com o IMC em pacientes obesos da UBS Vila Matias da cidade de Santos.

### **3. OBJETIVO**

Reduzir a obesidade através de um projeto de intervenção.

## 4.MÉTODO

Trata-se de um estudo de Intervenção Educativa que será realizado com pacientes que apresentem IMC superior a 25kg/m<sup>2</sup>.

### 4.1 Cenário da Intervenção

Este estudo será realizado na na UBS Vila Matias da cidade de Santos - São Paulo, no período de Dezembro 2014 á Junho de 2015.

### 4.2 Sujeitos da Intervenção

A amostra será constituída por 20 adultos, que concordarem em participar do estudo de forma voluntária, após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Como critérios de inclusão serão estudados pacientes que apresentam IMC superior a 25kg/m<sup>2</sup> com idade entre 21 e 80 anos idades, ambos os gêneros, capazes de responder verbalmente ou pela escrita um questionário.

Serão excluídos pacientes que apresentavam lesão medular, amputação de membros e ou qualquer irregularidade na manutenção da postura.

### 4.3 Estratégias e Ações

Será aplicado um questionário com questões sobre características sócio-demográficas e clínicas (Anexo 2).

A escala escolhida para mensuração do conhecimento nutricional neste estudo é desenvolvida por Harnack et al. (1997) e, posteriormente traduzida, adaptada e validada para o Brasil por Scagliusi et al. (2006) que propôs o seguinte critério de pontuação: pontuações totais entre zero e seis indicam baixo conhecimento nutricional; entre sete e dez indicam moderado conhecimento nutricional, e acima de dez indicam alto conhecimento nutricional (Anexo 3).

\* As respostas corretas estão sublinhadas e correspondem, cada uma, a um ponto. Os pontos devem ser somados para perfazer a pontuação total.

a 1 ponto para a menção de três das seguintes doenças: obesidade, doenças carenciais, transtornos alimentares, cardiopatias, diabetes, hipertensão, doenças hepáticas, doenças renais, osteoporose, doenças gastrintestinais.

b 1 ponto para resposta dentro do intervalo de 3 a 5 porções.

Total de pontos =Baixo (0-6) – Moderado (7-10) Alto (mais de 10)

Após o preenchimento do questionário, o peso corporal dos indivíduos sera mensurado por meio de uma balança , com precisão de 0,05 gramas e capacidade máxima de 150,00kg.

A estatura será estabelecida por meio de um estadiômetro padrão seguindo a diretriz da International Society of Advancement in Kinanthropometry (MARFELL-JONES et al., 2006).

O IMC será calculado pela razão entre peso corporal (kg) e estatura ao quadrado (m<sup>2</sup>), sendo os indivíduos classificados segundo os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A aplicação do questionário será realizado pela própria pesquisadora do estudo após a consulta em ambiente calmo e tranquilo

Após aplicação dos questionário será realizada orientação sobre a prevenção e os riscos da obesidade.

#### 4.4 Avaliação e Monitoramento

Após o período de 4 semanas o questionário será aplicado novamente e os dados serão comparados para saber a eficácia da orientação.

Quanto a Medida de Adesão ao Tratamento as respostas serem obtidas por meio de escala ordinal de seis pontos. Para análise dos escores será considerado aderente o paciente que obteve valor maior ou igual a cinco pontos e não aderente, menor que cinco.

Para a escala de mensuração do conhecimento nutricional será utilizado quadro abaixo para avaliação da pontuação.

QUESTÕES	RESPOSTAS DADAS	DADAS ALTERNATIVAS CORRETAS
1		B
2		1 ponto
3		A e C
4		A,B ou C
5		A
6		A
7		B
8		B
9		A
10		B
11		A
12		1 ponto

#### Tabela para apresentação dos resultados do conhecimento nutricional

DATA	PONTOACAO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

Os dados serão tabulados em planilhas de Excel e aplicado os testes estatísticos necessários para compreensão dos dados.

O desenvolvimento do estudo irá respeitar os princípios de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## **5. RESULTADOS ESPERADOS**

Com as ações propostas neste trabalho é esperado a redução da obesidade na população da UBS de Vila Matias.

## 6. CRONOGRAMA

<b>CRONOGRAMA</b>	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X	X
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X			
Discussão e análise dos resultados				X		
Revisão final e digitação					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

## 7. REFERÊNCIAS

1. Lotufo PA. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil; comparação com outros países. *Arq Bras Cardiol* 1998;70:321-5
2. HOSSAIN, P.; KAWAR, B.; NAHAS, M. E. Obesity and Diabetes in the Developing World – A Growing Challenge. *N. Engl. J. Med.*, v. 356, n. 3, p. 213-215, 2007.
3. FRANSISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHETA JR, A. H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. *Rev. Paul. Educ. Fís.*, v. 15, n. 2, p. 117-140, 2001.
4. MUST, A. Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. *Am. J. Clin. Nutr.*, v.63, n. 3, p. 445S-447S, 1996. Suplemento.
5. WHO Consultation on Obesity. Obesity: prevention and managing: The global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997.
6. Consenso Latino Americano de Obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999;43:21-67.
7. Must A, Spadano J, Coakley EH, et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999;282:1523-9
8. <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/447-epidemia-triplica-o-numero-de-mortes-por-obesidade-em-dez-anos-no-pais-as-informacoes-sao-do-datasus>.
9. Fonseca VM, Sichieri R, Veiga GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, 32 (6): 541-9, 1998.
10. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, No3, 2004.

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG No. \_\_\_\_\_, após ter sido esclarecido(a) pela Médica **Monica Rina Cardenas Gonzales** a respeito do projeto de pesquisa, concordo em participar deste estudo. Estou ciente de que não serei identificado em nenhum momento deste estudo, que minhas respostas não influenciarão em nada o meu tratamento e que não corro riscos ao me submeter a este estudo. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo sobre **CONTROLE NUTRICIONAL E IMC EM PACIENTES OBESOS DA UBS VILA MATIAS – SANTOS** e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou qualquer prejuízo ao meu tratamento.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Assinatura do paciente ou representante legal)

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Assinatura da testemunha)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Monica Rina Cardenas Gonzales



## ANEXO 3

### ESCALA DE CONHECIMENTO NUTRICIONAL

1. Eu vou ler duas sentenças. Por favor, diga-me com qual delas você concorda mais:
  - a) O que as pessoas comem ou bebem têm pouca influência sobre o desenvolvimento das principais doenças
  - b) Comendo os tipos certos de alimentos, as pessoas podem reduzir suas chances de desenvolver as principais doenças.
  - c) Não sei.
  
2. Na sua opinião, quais doenças podem estar relacionadas com o que as pessoas comem e bebem?
  
3. Você acha que o câncer pode estar relacionado com o que as pessoas comem e bebem?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Provavelmente
  - d) Não sei
  
4. Quais dessas atitudes ajudariam se uma pessoa quisesse reduzir suas chances de ter certos tipos de câncer (assinale quantas alternativas quiser):
  - a) Comer mais fibras
  - b) Comer menos gordura
  - c) Comer mais frutas e hortaliças
  - d) Mudar o consumo de outros alimentos/nutrientes (por exemplo, sal e açúcar)
  - e) Nenhuma dessas mudanças ajudaria
  - f) Não sei
  
5. Alguns alimentos contêm fibras. Você já ouviu falar de fibras?
  - a) Sim
  - b) Não
  - c) Não sei
  
6. O que contém mais fibras: 1 tigela de farelo de trigo ou 1 tigela de cereal matinal?
  - a) Farelo de trigo
  - b) Cereal matinal
  - c) Ambos
  - d) Não sei/não tenho certeza
  
7. O que contém mais fibras: 1 xícara de alface ou 1 xícara de cenouras?
  - a) Alface
  - b) Cenoura

- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

**8.** O que contém mais fibras: 1 xícara de espaguete com almôndegas ou 1 xícara de feijão?

- a) Espaguete com almôndegas
- b) Feijão
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

**9.** O que contém mais gordura: batatas chips ou biscoitos de polvilho?

- a) Batatas chips
- b) Biscoitos de polvilho
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

**10.** O que contém mais gordura: 1 copo de refrigerante ou 1 copo de leite integral?

- a) Refrigerante
- b) Leite integral
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza.

**11.** O que contém mais gordura: 1 pedaço pequeno de bolo simples ou 1 fatia de pão integral?

- a) Bolo simples
- b) Pão integral
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

**12.** Quantas porções de frutas e hortaliças você acha que uma pessoa deve comer por dia para ter boa saúde?

\* As respostas corretas estão sublinhadas e correspondem, cada uma, a um ponto. Os pontos devem ser somados para perfazer a pontuação total.

a 1 ponto para a menção de três das seguintes doenças: obesidade, doenças carenciais, transtornos alimentares, cardiopatias, diabetes, hipertensão, doenças hepáticas, doenças renais, osteoporose, doenças gastrintestinais.

b 1 ponto para resposta dentro do intervalo de 3 a 5 porções.

Total de pontos =Baixo (0-6) – Moderado (7-10) Alto (mais de 10)

