



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SOBREPESO E OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.

ANA CAROLINA MORENO DE CAMPOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Michele Perixoto Quevedo

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	2
2 OBJETIVOS	4
2.1 Geral	4
2.2 Específico(s)	4
3 REFERENCIAL TEÓRICO	5
4 MÉTODO	8
4.1 Local	8
4.2 Participantes	8
4.3 Ações	8
4.4 Avaliação e Monitoramento	13
5 RESULTADOS ESPERADOS	14
6 CRONOGRAMA	16
7 REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

A obesidade na adolescência vem se tornando um importante fator de estudo na medida em que houve um aumento considerável de sua prevalência nas últimas décadas. Tal aumento caminha paralelamente ao surgimento cada vez mais precoce de doenças como hipertensão, dislipidemias, alterações osteoarticulares e diabetes, o que corrobora ainda mais para a necessidade de seu estudo. Além disso, sabe-se que quanto mais intenso e precoce seu aparecimento, maior o risco de persistência na vida adulta (PORTA, 2005; SILVA e BITTAR, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a obesidade é caracterizada por um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corpórea e está relacionada a múltiplos fatores, como: ambiental (hábitos alimentares, atividade física e condições psicológicas), genético (familiar) e endócrino. Para a classificação do estado nutricional dos adolescentes, pode ser utilizado o gráfico de IMC (Índice de Massa Corpórea) por idade e sexo, em Percentis ou Z-Score da OMS (PORTA, 2005; SILVA e BITTAR, 2012; ONIS, 2007).

A obesidade emergiu como uma epidemia nos países desenvolvidos nas últimas décadas do século XX. Porém atualmente vem atingindo todos os níveis socioeconômicos incluindo os países em desenvolvimento (SILVA e BITTAR, 2012). No mundo há 2,1 bilhões de pessoas acima do peso, sendo 52,5 % homens e 58,4% as mulheres. Segundo o estudo de 2014, os cinco países do ranking são: Estados Unidos, China, Índia, Rússia e Brasil. Em relação às crianças e adolescentes nos países desenvolvidos, dos meninos 23,8% e das meninas 22,6% estavam acima do peso ou eram obesos em 2013, enquanto nos países em desenvolvimento, era de 12,9% em meninos e 13,4% em meninas no mesmo ano (NG et al, 2014).

No Brasil os dados também são alarmantes. De acordo com o Ministério da Saúde em 2014, 52,5% dos brasileiros estão acima do peso e 17,9% estão obesos. Sendo o excesso de peso maior entre os homens (56,5%) (VIGITEL, 2014). Segundo dados do IBGE (2008/2009), levando em conta os dois sexos, o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de um quinto dos adolescentes, excedendo em seis vezes o déficit de peso. Sendo que 25% dos adolescentes com excesso de peso foram diagnosticados com obesidade. Ainda segundo o IBGE, a prevalência da obesidade em adolescentes oscilou, nos dois sexos, de 16% a 19% nas Regiões Norte e Nordeste e de 20% a 27% nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A prevalência da obesidade, em menor magnitude, mostrou distribuição geográfica semelhante e maior frequência no meio urbano (IBGE, 2010).

Considerando o município de Jundiá, segundo estudo realizado por VANZELL (2008), observou-se uma prevalência de sobrepeso de 17% e de obesidade de 8% entre os adolescentes da rede pública do município. Embora não haja dados epidemiológicos oficiais, observa-se esse incremento na prevalência do sobrepeso/obesidade nas Unidades de Saúde da Família.

Atualmente há uma transição nutricional, passando da desnutrição para a obesidade. Isso ocorre devido ao desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto energético. Sabe-se que a formação do hábito alimentar da criança começa desde o nascimento com o aleitamento materno e evolui com os alimentos introduzidos gradualmente. Com o crescimento da criança, o hábito alimentar é moldado com base no que foi ensinado bem como associado às suas preferências individuais, disponibilidade dos alimentos no domicílio, do nível socioeconômico, da influência da mídia e de suas necessidades fisiológicas (SILVA e BITTAR, 2012).

Por tais razões, torna-se evidente a necessidade de ações de prevenção e promoção primária frente aos adolescentes. Assim, o presente estudo tem por finalidade identificar os principais determinantes do sobrepeso/obesidade, a fim de melhorar a qualidade de vida desses adolescentes, com enfoque na reeducação alimentar e na atividade física, evitando futuros agravos à saúde dessa população.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar os principais determinantes do sobrepeso/obesidade, a fim de melhorar a qualidade de vida desses adolescentes, com enfoque na reeducação alimentar e na atividade física, evitando futuros agravos à saúde dessa população.

2.2 Específico(s)

Desenvolver um grupo multidisciplinar (USF e NASF) composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitária de saúde (ACS), psicólogo, nutricionista e educadora física.

Traçar o perfil dos adolescentes obesos atendidos neste serviço através da aplicação de um questionário com questões sobre alimentação diária, atividade física realizada, tempo de uso de tecnologias e análise comportamental.

Coletar dados antropométricos (peso, altura, IMC e índice de gordura) para comparação da evolução.

Coletar exames laboratoriais, para identificação de causas e feitos do sobrepeso/obesidade.

Desenvolver ações de educação e intervenção, observando as dificuldades identificadas sobre o tema.

Investigar os conceitos dos familiares sobre a obesidade em adolescentes e as expectativas quanto ao seu tratamento.

Elaborar com a equipe da Unidade, estratégias para melhorar o acompanhamento desses pacientes desde o nascimento, com busca ativa dos pacientes que já apresentam fatores de risco conhecidos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A obesidade envolve uma complexa relação entre fatores genéticos, endócrinos e socioambientais. Dentre esses fatores destaca-se o novo papel feminino na sociedade, sua inserção no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano, a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético, tanto no trabalho quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos, que também parece condicionar o crescimento da obesidade (BRASIL, 2006). O desmame precoce e introdução de alimentos altamente calóricos desde o início da vida são fatores agravantes para a obesidade desde a infância e estão diretamente relacionados ao novo papel feminino na sociedade (TARDIDO, 2006; BALABAN, 2004).

De acordo com a OMS, estima-se que somente uma pequena parcela dos casos de obesidade na atualidade pode ser atribuída a fatores genéticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Evidencia-se um traço familiar, uma vez que a obesidade entre os pais leva a um risco aumentado, de quase duas vezes, à ocorrência de obesidade nos filhos. Atribui-se a isso tanto aos fatores genéticos quanto aos hábitos de vida, pois, além da genética, pais e filhos costumam compartilhar hábitos alimentares e de atividades físicas semelhantes. Assim, o risco da criança ser obesa é baixo quando nenhum dos pais é obeso, alto quando apenas um é obeso e muito alto quando ambos são obesos (GIGANTE, 2004; BALABAN, 2004; ESCRIVÃO, 2000).

Atualmente o determinante mais imediato do excesso de gordura corporal é o balanço energético positivo, sendo definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. Participam dessa equação: a dieta dessa faixa etária, rica em energia, associado ao “estilo de vida” sedentário (TARDIDO, 2006).

A dieta dos adolescentes caracteriza-se pela preferência por produtos alimentícios com inadequado valor nutricional, ricos em gordura saturada e colesterol, além de grande quantidade de sal e açúcar. Os adolescentes tendem a viver o momento atual, não dando importância às conseqüências de seus hábitos alimentares no futuro. Associado a isso, o tamanho das porções desses tipos de alimento também é um fator de risco importante. O que se observa é que esse tipo de refeição não está sendo realizadas apenas em casa, mas também nas merendas escolares. Assim, o adolescente acaba fazendo duas refeições importantes em um período curto de tempo (TARDIDO, 2006; BRASIL, 2006; PINTO, 2011).

Tendo em vista o acima citado, deve se dar atenção ao aumento exagerado do consumo, pelos adolescentes, de bebidas ricas em açúcar como refrigerantes e

sucos artificiais. São observados nas consultas que em todas as refeições dos adolescentes há ingestão de líquidos, porém cada vez em menor quantidade de sucos naturais ou águas. Esse fator de risco para o excesso de peso tem importante parcela de culpa dos familiares, pois são eles que compram essas bebidas e deixam à disposição da criança. Por isso, é importante a orientação dos responsáveis junto com os adolescentes. Além de orientar a importância nutricional dos sucos naturais e água, sabe-se que são economicamente mais acessíveis do que as bebidas industrializadas (PINTO, 2011).

Já a atividade física compreende uma gama de dimensões que incluem todas as atividades voluntárias, como as ocupacionais, de lazer, domésticas e de deslocamento. O que vemos atualmente é a redução do esforço físico, com mudança de atividades de lazer esportiva para horas gastas na frente de equipamentos eletrônicos (TV, computador, celulares) e utilização de veículos automotivos para o deslocamento. Os adolescentes estão passando de crianças para adultos, sem aproveitar esses anos de que ainda tem para seu desenvolvimento (TARDIDO, 2006).

O aumento na prevalência da obesidade na infância e adolescência é preocupante uma vez que aumenta o risco de tornarem-se adultos obesos e, que se não for controlada, poderá levar ao aumento da morbimortalidade e diminuição da expectativa de vida (BRASIL, 2006; ESCRIVÃO, 2000). Vale lembrar que a obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para doenças crônicas não transmissíveis. As consequências da obesidade infantil podem ser notadas a curto e longo prazo. No primeiro, observam-se as desordens ortopédicas, os distúrbios respiratórios (síndrome apneia do sono), a diabetes, a hipertensão arterial, dislipidemias, alterações dermatológicas, síndrome do ovário policístico, esteatose hepática não alcoólica e distúrbios psicossociais. Já em longo prazo, tem sido relatada uma mortalidade aumentada por todas as causas e por doenças coronarianas naqueles indivíduos que foram obesos na infância e adolescência (BRASIL, 2006; BALABAN, 2004; CARNEIRO, 2000; OLIVEIRA, 2000).

Como observado, a obesidade está relacionada à maneira de viver e às condições e saúde dos indivíduos. Assim, para o devido enfrentamento desse problema de saúde pública, há necessidade de abordagens de prevenção e controle através de estratégias educacionais, comportamentais e farmacológicas em âmbito não só individual, mas sobre tudo no âmbito populacional. Atuando não apenas com o adolescente, mas englobando seus familiares, pois são primordiais para o tratamento. A dinâmica familiar assume papel considerável na mudança de práticas alimentares para controle ou tratamento da obesidade, porém, muitas vezes, a família atribui todo o dever de mudança de hábito alimentar aos filhos, negando assim sua parcela de responsabilidade (RODRIGUES, 2006; BRASIL, 2006).

Nesse sentido a Atenção Básica tem como princípio ser a porta de entrada do usuário no sistema. Por estar inserida próxima à comunidade, tem maior poder de compreensão de sua dinâmica social, tornando-se local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento do excesso de peso que acomete os adolescentes e suas famílias. Competente para fornecer atenção integral ao usuário com excesso de peso e suas comorbidades busca focar suas prioridades em medidas simples, de baixo custo e sem potenciais efeitos adversos, como o aconselhamento nutricional em todos os ciclos da vida para a prevenção e o tratamento da obesidade (JAIME, 2011).

O governo brasileiro apresenta diversas políticas públicas para organizar as ações em alimentação e nutrição no Brasil. Dentre elas destaca-se: o Programa de Merenda Escolar (1954), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos. Já em 1999, criou-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PANAN) que se constitui no compromisso do Ministério da saúde com a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos agravos nutricionais. Para avaliar e monitorar o estado nutricional, foi criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Destaca-se ainda a criação dos Polos de Academias da Saúde, NASF, Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (2011) e o Plano Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade (FREITAS, 2014; JAIME, 2011).

Assim, as propostas de intervenção na reversão do quadro de excesso de peso tanto ao nível populacional quanto no cuidado individual, desenvolvidos pela atenção básica, devem ser norteadas a partir das diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, corpo, atividade física e saúde. Nesse sentido, a estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde colaboram para a reorganização da Atenção Básica, possibilitando alcançar os princípios de universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade, humanização, responsabilização, vínculo e participação social (BRASIL, 2006).

A educação nutricional pode promover o desenvolvimento da capacidade de compreender práticas e comportamentos, e os conhecimentos ou as aptidões resultantes desse processo contribuem para a integração do adolescente com o meio social (RODRIGUES, 2006). Associado a isso, observa-se a importância do apoio psicológico e as atividades realizadas pelo educador físico. Sendo Assim, a parceria USF e NASF é de grande importância para o enfrentamento desse problema de saúde. Nos programas realizados em Biguaçu (SC), Sorriso (MT) e Rio de Janeiro (RJ), foi observada a necessidade da atuação sobre a obesidade na adolescência, sendo um problema de saúde pública, e foi demonstrado o êxito com a união USF/NASF (BORGES, 2016; NASF, 2016; NASF, 2016).

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O projeto será realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Marlene, no Município de Jundiaí, no Estado de São Paulo.

4.2 Participantes (público-alvo)

O público-alvo serão os adolescentes, definidos como pessoas entre 12 e 18 anos de idade (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990), que apresentaram sobrepeso ou obesidade, diagnosticado durante consulta médica, através do cálculo do IMC (Fórmula: peso/altura²) e do gráfico de controle pôndero-estrutural da OMS para IMC de 5 a 19 anos, de acordo como sexo (em percentil). Considera-se sobrepeso quando o valor estiver entre o percentil 85 e 97, e obesidade quando acima do percentil 97.

Participarão do projeto a equipe da USF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS) e o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) com a participação da nutricionista, educadora física e psicóloga. Os encontros serão realizados no salão de atividades da Igreja do Bairro de Vila Marlene, pois a unidade não apresenta espaço físico para o grupo.

4.3 Ações

Serão realizados quatro encontros presenciais, com duração de duas horas e com intervalo de duas semanas. Serão convidados o adolescente e o responsável, para o desenvolvimento de ações de educação e intervenção. Inicialmente, será aplicado um questionário (Figura 1 e 2) de múltipla escolha retirado do trabalho de OLIVEIRA (2008), modificado, para traçar o perfil dos participantes sobre o conhecimento dos alimentos, rotina alimentar, rotina de atividade física, tempo de uso de tecnologias e análise comportamental (Ação 1). Soma-se à coleta de dados antropométricos (peso, altura, cintura abdominal), pressão arterial e exames laboratoriais (colesterol total e frações, glicemia de jejum, insulina basal, hemograma completo, TSH e T4L, urina 1 e protoparasitológico de fezes), para identificação de causas e feitos do sobrepeso/obesidade (Ação 2 e 3).

Nome: _____ Idade: _____

CONHECIMENTO DE NUTRIÇÃO E OBESIDADE

- 1) Qual dos alimentos abaixo é mais rico em gordura?
 - a) Leite integral b) leite desnatado c) não sei
- 2) Qual dos alimentos abaixo é mais rico em colesterol?
 - a) Linguíça b) peixe c) não sei
- 3) Qual dos alimentos abaixo é mais rico em fibras?
 - a) Verduras b) carnes c) não sei
- 4) Qual dos alimentos abaixo é mais rico em carboidratos?
 - a) Verduras b) arroz c) não sei
- 5) Qual dos alimentos abaixo é mais rico em vitaminas e minerais?
 - a) Refrigerante b) suco de frutas c) não sei
- 6) Qual dos alimentos abaixo é mais calórico (engorda mais)?
 - a) Verduras b) carnes c) não sei
- 7) Quantas refeições uma pessoa precisa fazer por dia?
 - a) 2 a 3 b) 4 a 6 c) deve comer só quando sentir fome
- 8) As pessoas necessitam consumir açúcar para não ficar fracas?
 - a) Sim b) não c) não sei
- 9) Para emagrecer uma pessoa deve comer:
 - a) Somente salada b) Salada e carne c) Alimentos variados, preparados com pouca gordura
- 10) Você acha que obesidade é uma doença?
 - a) Sim b) não c) não sei
- 11) Você acha que toda pessoa gorda é fraca ou relaxada?
 - a) Sim b) não c) não sei

PRÁTICAS ALIMENTARES

- 1) Como você classifica sua alimentação?
 - a) Ótima b) boa c) ruim
- 2) Você toma o café da manhã?
 - a) Sim, sempre b) sim, mas nem sempre c) não

3) Número de refeições por dia: (incluindo os lanches)
 a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6 ou mais

4) Você come entre as refeições?
 a) Não b) as vezes c) sempre

5) Onde você fez suas refeições?
 a) mesa b) em frente a TV c) outro lugar

6) Com quem você faz suas refeições na maioria das vezes?
 a) Toda família b) sozinho c) irmãos d) avós e) empregada f) com pais

7) Quanto você bebe de água por dia (copo 200ml)?
 a) 1 a 3 b) 4 a 6 c) mais de 7

8) Durante as refeições você bebe líquidos?
 a) Sim, durante a refeição b) não c) sim, no final da refeição

9) Ao fazer suas refeições você:
 a) Come depressa b) come devagar, mastigando bem c) não sei

10) Com que frequência você come:

Alimento	Todos os dias	Quase todos os dias	De vez em quando	Nunca
Salada				
Fruta				
Chocolate/bolachas				
Salgadinhos / salgados				
Bolacha recheada				
Frituras				

Figura 1: Questionário aplicado aos adolescentes.

11) Com que frequência você bebe:

Alimento	Todos os dias	Quase todos os dias	De vez em quando	Nunca
Refrigerante				
Leite				
Café				
Suco pó/caixinha				

ATIVIDADE FÍSICA E REPOUCO

- 1) Quantas vezes por semana você pratica alguma atividade física?
 - a) Nenhuma
 - b) 1 a 2 dias por semana
 - c) 3 a 4 dias por semana
 - d) 5 dias ou mais
- 2) Quantas horas de sono você tem por noite?
 - a) Menos de 6 horas
 - b) 6 a 7 horas
 - c) 8 horas
 - d) 9 horas ou mais
- 3) A que horas você costuma dormir?
 - a) Até as 21 horas
 - b) 22 horas
 - c) 23 horas
 - d) Meia noite ou depois
- 4) Quanto tempo você fica na frente da TV ou eletrônicos?
 - a) 1 a 2 horas por dia
 - b) 2 a 3 horas por dia
 - c) 3 a 4 horas por dia
 - d) Mais de 4 horas

Figura 2: Questionário aplicado aos adolescentes (cont).

Quadro 1: Ação 1 - Traçar o perfil dos adolescentes (12-18 anos) sobrepe-so/obesos atendidos na Unidade.

Local	USF
Profissionais	Médico e enfermeiro
Justificativa	Identificar os principais determinantes do sobrepeso/obesidade, a fim de melhorar a qualidade de vida desses adolescentes, com enfoque na reeducação alimentar e na atividade física, evitando futuros agravos à saúde dessa população.
Metodologia	Será aplicado um questionário (ANEXO 1) de múltipla escolha retirado do trabalho de OLIVEIRA (2008), modificado, para traçar o perfil dos participantes sobre o conhecimento dos alimentos, rotina alimentar, rotina de atividade física, tempo de uso de tecnologias e análise comportamental.
Tempo estimado	30 minutos
Custo	0,00

Quadro 2: Ação 2 – Coleta de dados antropométricos.

Local	USF
Profissionais	Médico, enfermeiro ou auxiliar enfermagem.
Justificativa	Realizar as medidas necessárias para o cálculo do IMC e diagnóstico dos adolescente e posterior acompanhamento dos resultados.
Metodologia	Será coletado peso, altura, cintura abdominal e a pressão arterial, através da balança, fita métrica e esfigmomanômetro. Associado ao cálculo do IMC.
Tempo estimado	30 minutos
Custo	0,00

Quadro 3: Ação 3 - Coletar exames laboratoriais.

Local	USF
Profissionais	Enfermeiro ou Auxiliar de enfermagem
Justificativa	Realizar exames para detecção de possíveis causas e consequências do sobrepeso/obesidade.
Metodologia	Coletar os seguintes exames: colesterol total e frações, glicemia de jejum, insulina basal, hemograma completo, TSH e T4L, urina 1 e protoparasitológico de fezes.
Tempo estimado	1 hora
Custo	*a depender de cada unidade.

Será realizado o método de roda de conversa, para o entendimento e abordagem das dúvidas sobre o tema e para o desenvolvimento de ações educativas (Ação 4).

Quadro 4: Ação 4 - Desenvolver ações de educação e intervenção.

Local	USF
Profissionais	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, nutricionista, educadora física e psicóloga.
Justificativa	Identificar os principais determinantes do sobrepeso/obesidade, a fim de melhorar a qualidade de vida desses adolescentes, com enfoque na reeducação alimentar e na atividade física, evitando futuros agravos à saúde dessa população.
Metodologia	Serão realizados quatro encontros presenciais, com duração de duas horas e com intervalo de duas semanas. Será realizado o método de roda de conversa, para o entendimento e abordagem das dúvidas sobre o tema e para o desenvolvimento de ações educativas.
Tempo estimado	2 horas
Custo	0,00

Será realizada também a investigação dos conceitos dos familiares sobre a obesidade dos filhos e as expectativas quanto ao tratamento. Tal processo se dará através da aplicação de um questionário (Figura 3 e 4) com questões sobre a alimentação do responsável, visão sobre o filho e disponibilidade na condução do tratamento, também retirado do trabalho de OLIVEIRA (2008) (Ação 5).

NOME: _____
 PARENTESCO: _____
 IDADE: _____ SEXO: _____

AS QUESTÕES ABAIXO SÃO SOBRE SEU FILHO(A)

- 1) Você se preocupa com o peso de seu filho(a)?
 a) Sim b) não c) não sei
- 2) Como você avalia o peso do seu filho(a)?
 a) Normal b) um pouco gordo c) gordo d) não sei
- 3) Você acha que seu filho(a) se preocupa com o peso dele(a)?
 a) Sim b) não c) não sei
- 4) Comparando com sua atividade física, você acha que seu filho(a) é:
 a) Mais ativo do que você
 b) Menos ativo do que você
 c) Igual
 d) Não sei
- 5) Comparando com sua alimentação com a do seu filho, você acha que:
 a) A alimentação do seu filho é mais saudável que a sua
 b) A alimentação do seu filho é menos saudável que a sua
 c) A alimentação do seu filho é igual a sua
 d) Não sei
- 6) Você mudaria sua alimentação para ajudar no tratamento do seu filho(a)?
 a) Sim, sem dificuldades b) Sim, mas teria dificuldades c) Não
- 7) Você mudaria sua atividade física para ajudar seu filho(a)?
 a) Sim, sem dificuldades b) Sim, mas teria dificuldades c) Não
- 8) Quem é responsável por controlar o peso do adolescente?
 a) Os pais ou responsáveis b) O próprio adolescente c) O médico ou demais profissionais de Saúde d) Os pais junto com o adolescente e) Todos acima
- 9) Qual você pensa ser a principal causa da obesidade nos adolescentes?
 a) Genético, hereditário (passa de pai para filho) Pouca atividade física
 b) Maus hábitos alimentares
 c) d) Fatores emocionais (ansiedade, nervosismo) e) Não sei

10) Qual o resultado esperado para o tratamento de seu filho(a)?

AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO SOBRE VOCÊ

- 1) Você se considera gordo(a)?
 a) Não b) sim
- 2) Você está fazendo regime para emagrecer ou manter o peso atualmente?
 a) Não b) sim
- 3) Você faz dieta para emagrecer ou para manter o peso?
 a) Não b) sim
- 4) Você já tomou remédios ou fórmulas para emagrecer?
 a) Não b) sim
- 5) Como você se classifica sua alimentação?
 a) Ótima b) boa c) ruim
- 6) Você toma o café da manhã?
 a) Sim, sempre b) sim, mas nem sempre c) não
- 7) Número de refeições por dia: (incluindo os lanches)
 a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6
- 8) Você come entre as refeições?
 a) Não b) as vezes c) sempre
- 9) Onde você faz suas refeições?
 a) A mesa b) em frente TV c) outro lugar
- 10) Ingestão de água diária (copo de 200ml):
 a) 1 a 3 b) 4 e 6 c) mais de 7
- 11) Ao fazer suas refeições você:
 Come depressa b) come devagar, mastigando bem c) não sei

Figura 3: Questionário aplicado aos responsáveis.

12) Com que frequência você come:

Alimento	Todos os dias	Quase todos os dias	De vez em quando	Nunca
Salada				
Fruta				
Chocolate/bolachas				
Salgadinhos /salgados				
Bolacha recheada				
Frituras				

13) Com que frequência você bebe:

Alimento	Todos os dias	Quase todos os dias	De vez em quando	Nunca
Refrigerante				
Leite				
Café				
Suco pó/caixinha				

14) Quantas vezes por semana você pratica alguma atividade física?
 a) Nenhuma b) 1 a 2 dias por semana c) 3 a 4 dias por semana d) 5 dias ou mais

15) A que horas você costuma dormir?
 a) Até as 21 horas b) 22 horas c) 23 horas d) Meia noite ou depois

Figura 4: Questionário aplicado aos responsáveis (cont).

Quadro 5: Ação 5 – Investigar os conceitos dos familiares sobre a obesidade no adolescente.

Local	USF
Profissionais	Médico e enfermeiro
Justificativa	Para o tratamento adequado do adolescente é necessário investigar os conceitos dos familiares sobre a obesidade dos filhos e as expectativas quanto ao tratamento, além de disponibilidade na condução do tratamento.
Metodologia	Tal processo se dará através da aplicação de um questionário (ANEXO 2) com questões sobre a alimentação do responsável, visão sobre o filho e disponibilidade na condução do tratamento
Tempo estimado	45 min
Custo	0,00

Elaborar com a equipe da Unidade, estratégias para melhorar o acompanhamento desses pacientes desde o nascimento, com busca ativa dos pacientes que já apresentam fatores de risco conhecidos (Ação 6).

Quadro 6: Ação 6 – Elaborar estratégias para melhorar o acompanhamento desses pacientes desde o nascimento.

Local	USF
Profissionais	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, nutricionista, educadora física e psicóloga.
Justificativa	Após a identificação dos determinantes e da realização das medidas de intervenção é necessário manter o seguimento desses adolescentes. Além disso, o acompanhamento dos familiares e das crianças de risco desde o nascimento.
Metodologia	Realizar reuniões de equipe e identificar as principais metas para a melhora no atendimento e abordagem desses adolescentes e crianças através dos dados coletados. Além do cuidado coma família.
Tempo estimado	2h
Custo	0,00

4.4 Avaliação e Monitoramento

O monitoramento do projeto será baseado na avaliação da quantidade de participantes em cada encontro e sua participação, com a coleta dos dados antropométricos no final de cada encontro e com a coleta de exames laboratoriais no primeiro e último encontro, a fim de avaliar a progressão dos resultados das ações.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Esse trabalho visa levantar e implementar uma política de controle de peso junto a população local. Estabelecer os principais fatores agravantes e dirigir meios para combatê-los através da prevenção e promoção à saúde, com o apoio de uma equipe multidisciplinar. Vários fatores estão envolvidos na etiologia e manutenção da obesidade em adolescentes, sendo necessário desenvolver estratégias específicas para os mesmos, uma vez que comumente apresentam resistência frente a possíveis mudanças na alimentação.

Nesse sentido espera-se a adesão de pelo menos 80% dos jovens convocados, afim de uma ação concisa e eficaz de combate ao sobrepeso/obesidade, para combater esse problema de saúde pública (BRASIL, 2006; ESCRIVÃO, 2000; PORTA, 2005; SILVA e BITTAR, 2012).

É sabido que, o quanto antes medidas sejam feitas, menor será os desastres provocados na saúde de cada participante. Busca-se com esse PI a melhora da qualidade de vida desses adolescentes, através da busca ativa e da orientação sobre nutrição e a necessidade de realizar atividade física.

Através da aplicação do questionário, espera-se conseguir o maior número de informações possíveis para saber qual o nível de conhecimento dos participantes sobre nutrição, obesidade, práticas alimentares e atividade física. Somado a isso, através do questionário aplicado aos responsáveis, espera-se também angariar o maior número de informações sobre o que eles acham das alterações apresentadas pelos filhos e também saber como está sua alimentação e atividade física.

Através dos dados coletados, espera-se observar quais são os principais fatores estão ligados ao processo saúde-doença. Dados da literatura estabelecem uma correlação positiva entre sobrepeso dos pais e dos filhos. Demonstra ainda a influencia da hereditariedade e do meio ambiente no processo de sobrepeso (OLIVEIRA, 2008; FONSECA, SICHIERI & VEIGA, 1998). Segundo Oliveira (2008), a presença de obesidade familiar facilitaria a instalação do chamado ambiente social obesogênico. Porém, é evidente que o efeito da influência genética pode ser alterado por influências ambientais seja positivamente ou negativamente (GIGANTE, 2004; BALABAN, 2004; ESCRIVÃO, 2000).

Assim sendo, nota-se que os principais fatores que elevam a incidência de obesidade são a má alimentação e a atual vida sedentária dos adolescentes. Logo, com a utilização dos dados coletados e com as discussões durante os encontros, espera-se abordar a maioria das dúvidas e erros evidenciados através dos questionários, visando à melhora da alimentação e estimulando a diminuição do sedentarismo tanto do adolescente quanto da sua família.

Este projeto espera identificar precocemente alterações metabólicas, através da coleta dos exames laboratoriais, medida da circunferência abdominal e pressão arterial, evitando um aumento futuro de agravos a saúde e da morbimortalidade entre esses adolescentes (BRASIL, 2006; ESCRIVÃO, 2000).

O Projeto de Intervenção torna-se importante ao passo que visa mostrar ao adolescente que são eles os principais responsáveis pela sua saúde. Inserir a problemática do sobrepeso/obesidade no seio familiar e estabelecer assim uma base sólida frente a esse importante problema de saúde pública. Visa estreitar a relação da população em questão com a USF e dar as condições necessárias para formação de uma equipe multidisciplinar focada em minimizar essa importante questão. (BORGES, 2016; NASF, 2016).

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2015	Setembro 2015	Outubro 2015	Novembro 2015	Dezembro 2015	Janeiro 2016	Fevereiro 2016
Revisão Bibliográfica	X	X	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética	X	X					
Treinamento da equipe				x	X	X	
Implantação das Ações				x	x	X	
Monitoramento e ajustes				x	x	X	
Análise dos dados				x	x	x	
Apresentação dos resultados				x	x	x	
Acompanhamento do Projeto				x	x	x	x

7. REFERÊNCIAS

BALABAN, G.; SILVA, GAP. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 7-16, 2004.

BORGES, ALB. Hábitos alimentares de adolescentes: a percepção de múltiplas experiências. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/01/bhabit-os-alimentares-de-adolescentes-b-percepcao-de-multiplas-experiencias.html>>. Acesso em: 01 jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança, e do Adolescente, e dá outras providências. *Diário oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), seção 1, p. 13563, 16 jul., 1990.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica - n.12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília - DF, n. 12, p. 110, 2006.

CARNEIRO, JRI. et al. Obesidade na Adolescência: Fator de Risco para Complicações Clínico-Metabólicas. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 44, n. 5, out, 2000.

ESCRIVÃO, MAMS. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, Supl.3, 2000.

FONSECA, V. M.; SICHIERI R.; VEIGA G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Rev Saúde Pública*, v. 32, n. 6, p. 541-9, 1998.

FREITAS, LKP. et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1755-1762, 2014.

GIGANTE, D. et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. *Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional*, São Paulo, v. 6, n. 13, maio/ago, 2004.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Despesas, rendimentos e condições de vida. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2010.

JAIME, PC. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov./dez., 2011.

NASF desenvolve projeto para crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Prefeitura de Biguaçu - Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.hashtagnoticias.com.br/noticia/2014/07/nasf-desenvolve-projeto-para-criancas-e-adolescentes-com-sobrepeso-e-obesidade/>>. Acesso em: 01 jan. 2016.

NASF cria estratégias de Educação e Cultura. Prefeitura de Sorriso – Mato Grosso. Portal da inovação na gestão do SUS. Disponível em: <<http://apsredes.org/manejo-da-obesidade-nas-redes/educacao-e-cultura/>>. Acesso em: 01 jan. 2016.

NG, Marie et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, v. 382, i.9945, p. 766-781, 2014.

OLIVEIRA, RG. A obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. Obesidade e anemia carencial na adolescência: simpósio. São Paulo: Instituto Danone, p.270, 2000.

OLIVEIRA, TRPR. Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. 2008. p. 161. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

ONIS, M. et AL. Development of WHO growth reference for school-aged children and adolescents. World Health Organ., v. 85, n. 9, p. 660-667, sep. 2007.

PINTO, CMB. Obesidade na adolescência: um estudo sobre causas e hábitos alimentares. Tese (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Nutrição, do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, 2011.

PORTA, LK. Experiência de um grupo de adolescentes com sobrepeso e obesidade: um estudo psicanalítico. 2005. 110 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas. Campinas, 2005.

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, mai, 2006.

SILVA, CPG; BITTAR, CML. Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. *Ver Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 1, p. 197-207, jan/abr. 2012.

TARDIDO, AP.; FALCÃO, MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin*, São Paulo v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal. Ministério da Saúde, abril 2014.

VANZELLI, AS. ET AL. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública do município de Jundiaí, São Paulo. *Rev Paul Pediatr*, v. 26, n. 1, p. 48-53. São Paulo, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva, 1998.