



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MARIO CALIXTO PEDROSA NETO

A OBESIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO MANEJO DAS COMORBIDADES.

SÃO PAULO  
2020

MARIO CALIXTO PEDROSA NETO

A OBESIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO MANEJO DAS COMORBIDADES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: MARIA APARECIDA MOREIRA MARTINS

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

O presente projeto de saúde no território se propõe a discutir um tema recorrente no meio de saúde, especialmente na atenção primária, que é a obesidade. Esta por sua vez é uma condição de alta prevalência no Brasil e no mundo, sendo alvo constante de estudos e tratamentos. A motivação deste trabalho baseia-se na questão em que o excesso de peso não é uma queixa frequente nas consultas médicas, porém, tal condição proporciona o agravamento de outras comorbidades. Sabe-se que a maioria das doenças crônicas, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, entre outras são agravadas pelo excesso de peso corporal, uma vez que elas compartilham, entre si, uma mesma entidade que é a síndrome metabólica. Para tanto, como proposta de ação, esta a abordagem multidisciplinar associada a medidas de baixo custo e de fácil implementação em unidades de saúde com a utilização dos recursos terapêuticos já disponíveis nestes locais. Desta forma, tem-se como objetivo a redução do peso corporal a fim de auxiliar no controle das doenças de base, reduzir a necessidade do uso de novos medicamentos, melhorar a qualidade de vida e a conseqüente redução da morbimortalidade dos usuários do sistema único de saúde.

## **Palavra-chave**

Doença Crônica. Dieta Saudável. Obesidade.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A escolha deste tema deu-se através da vivência realizada até o presente momento na unidade de saúde Dr. Alexis Hakim, no município de São João da Boa Vista, onde foi observado um grande número de pacientes (prevalência de idosos) com aumento do peso corporal. Sabe-se que a obesidade é uma doença em si, porém ela proporciona o agravamento de outras comorbidades tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias, transtornos psicológicos, problemas osteomusculares, dentre outros, os quais são o principal motivo que leva o paciente a buscar ajuda médica no ambiente da atenção primária. Logo, faz-se necessário a busca por um meio de combate a este problema de saúde que acomete, cada dia mais, pacientes deste território.

Visto que a prevenção e o controle das doenças crônicas é papel primordial atenção primária, busca-se medidas que alcancem, de forma eficaz e com baixo custo, todas as camadas sociais da população a fim de melhorar a saúde individual e coletiva. Desse modo, este projeto tem como objetivo descrever os aspectos gerais da obesidade, abordando de forma sucinta e atualizada os elementos responsáveis pela sua prevalência, doenças relacionadas ao excesso de peso e os tratamentos mais utilizados para a redução da gordura corporal. Logo, este trabalho busca encontrar uma forma competente, de baixo custo, de fácil manejo e replicável de combater a obesidade na atenção primária à saúde. Baseado nisso, será implementado um fluxo de aferição antropométrica para levantamento do número de pacientes obesos com e sem comorbidades para participarem do projeto. Haverá contribuição da área da nutrição, fisioterapia, educação física, enfermagem e medicina, para abordagem interdisciplinar, com o intuito alcançar a perda de peso esperada. Com o controle ponderal, espera-se que ocorra um melhor controle das doenças de base (quando houver) e uma diminuição da prevalência desta doença no meio estudado.

## ESTUDO DA LITERATURA

A obesidade é definida através do cálculo do índice de massa corporal (IMC) em que se divide o peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado. Na população brasileira, tem-se utilizado a tabela proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para classificação de sobrepeso e obesidade, conforme mostra a tabela abaixo.

IMC (KG/M <sup>2</sup> )	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: World Health Organization.

O índice de massa corporal é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. Este não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser menos preciso em indivíduos mais idosos, em decorrência da perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em indivíduos musculosos. Logo, o IMC não reflete a distribuição da gordura corporal. Deste modo, a associação da medida da circunferência abdominal com o índice de massa corporal pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajuda a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladamente. A medida da circunferência abdominal reflete melhor o conteúdo de gordura visceral e também se associa muito à gordura corporal total. Pode-se realizar a medida no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca, segundo recomendações da OMS. A relação entre circunferência abdominal e gordura corporal altera segundo a idade, entre diferentes grupos étnicos conforme mostra a tabela abaixo.

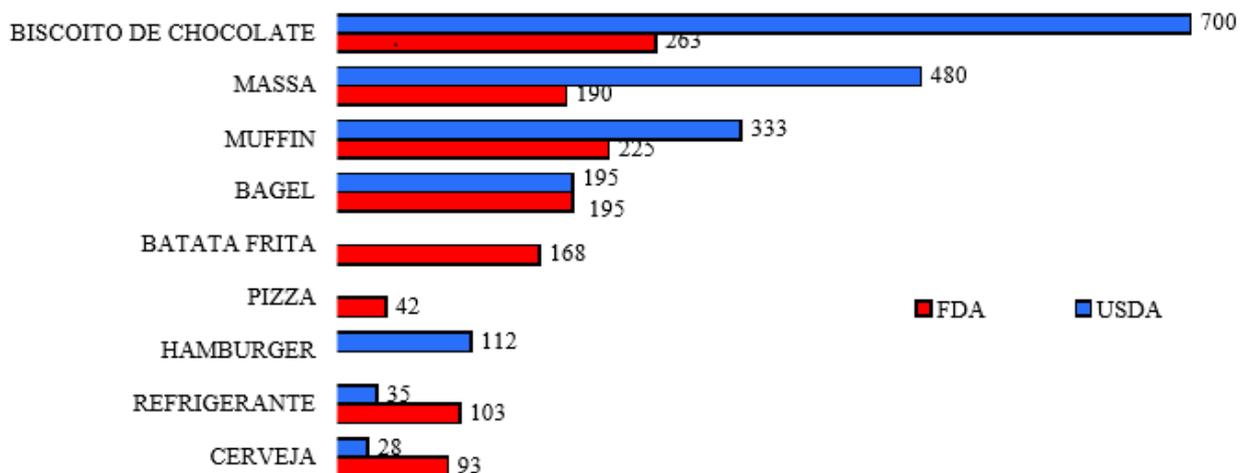
CRITÉRIO OBRIGATÓRIO	MAIS 2 DE 4 CRITÉRIOS
<p>Obesidade visceral (circunferência abdominal): medidas de circunferência abdominal conforme a etnia (cm) para H e M:</p> <p>Europeus: <math>\geq 94</math> cm (H); <math>\geq 80</math> cm (M);</p> <p>Sul-africanos, Mediterrâneo Ocidental e Oriente Médio: idem a europeus;</p> <p>Sul-asiáticos e Chineses: <math>\geq 90</math> cm (H); <math>\geq 80</math> cm (M);</p> <p>Japoneses: <math>\geq 90</math> cm (H); <math>\geq 85</math> cm (M);</p> <p>Sul-americanos e América Central: usar referências dos sul-asiáticos.</p>	<p>Triglicérides <math>\geq 150</math>mg/dl ou tratamento</p> <p>HDL <math>&lt; 40</math>mg/dl (H); <math>&lt; 50</math>mg/dl (M)</p> <p>PAs <math>\geq 130</math> ou PAd <math>\geq 85</math>mmHg ou tratamento</p> <p>Glicemia de jejum <math>\geq 100</math> mg/dl ou diagnóstico prévio de diabetes (Se glicemia <math>&gt; 99</math> mg/dl, o teste de tolerância à glicose é recomendado, mas não necessário para diagnóstico da síndrome metabólica).</p>

PAs: pressão arterial sistólica; PAd: pressão arterial diastólica; H: homens; M: mulheres.

Fonte: International Diabetes Federation.

A etiologia da obesidade é complexa e influenciada por múltiplos fatores resultando da interação de genes, meio ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Dentre estes, interromper a prática de esportes e diminuir o gasto energético diário são mecanismos influenciadores de ganho de peso, que podem estar relacionados ao início da vida profissional e falta de tempo. O sedentarismo é um dos pilares para a manutenção da obesidade e, ao observarmos às últimas décadas, podemos caracterizar como uma epidemia global. Os níveis de atividade física reduziram-se drasticamente nos países desenvolvidos e esta redução começa a observar-se, de forma ainda mais intensa, entre as populações de mais baixa renda, estimando-se que a inatividade física de lazer seja três vezes mais freqüente na população de baixa renda dos Estados Unidos, quando comparada com a população de renda mais alta. ( MOKDAD, 2000 ).

O consumo de alimentos com alta densidade calórica, baixo poder de saciedade e de fácil digestão favorecem o aumento da ingestão alimentar e, conseqüentemente, desequilíbrio energético corporal. Nas sociedades ocidentais, o consumo de alimentos calóricos têm derivado predominantemente de alimentos processados, de alta densidade energética, com elevados teores de lipídios e carboidratos. No estudo conduzido por Young & Nestlé (2002), grande parte deste aumento do consumo calórico deve-se ao crescimento progressivo das porções de alimentos ao longo das últimas décadas, conforme mostra o gráfico abaixo.



**Aumento percentual dos tamanhos das porções de alimentos nos EUA.**

Fonte: Young & Nestle. Am J Pub Health. 99(2) 246-9, 2002

Dito isso, sabe-se que a prevalência da obesidade está em ascensão no país conforme aponta a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2018, do Ministério da Saúde. Sobre esse índice, houve incremento de 67,8% nos últimos treze anos, partindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018.

O excesso de peso é um fator importante, não apenas por seu efeito nocivo a saúde de forma isolada, mas também por estar relacionado ao desenvolvimento de outras comorbidades bem como o agravamento das doenças crônicas preexistentes.

Uma série de estudos têm demonstrado que a obesidade está fortemente associada a um risco maior de agravos, sejam eles cardiovasculares, câncer ou mortalidade. No estudo National Health and Nutrition Examination Study III (NHANES III), envolvendo mais de 16 mil participantes, a obesidade foi associada a um aumento da prevalência de diabetes mellitus tipo II (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença arterial coronariana (DAC), doença da vesícula biliar, osteoartrose (OA) e de dislipidemias (DLP). Portanto, o excesso de peso é causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade.

O tratamento da obesidade é complexo e necessita de apoio multidisciplinar. Porém, pode ser dividido em medidas farmacológicas e não farmacológicas. O tratamento medicamentoso é adjuvante as terapias dirigidas com foco na modificação dos hábitos de vida associados a orientações nutricionais para diminuir o consumo de calorias na alimentação e exercícios físicos para aumentar o gasto energético. Deste modo, abordaremos apenas as medidas não medicamentosas por serem mais eficazes e constituírem o alicerce do tratamento a longo prazo. Considera-se sucesso no tratamento da obesidade a capacidade de atingir e manter uma perda de peso clinicamente relevante, que resulte em efeitos benéficos sobre comorbidades associadas como diabetes tipo II, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e outras. (CUPPARI, 2002).

## **AÇÕES**

A população alvo constituirá dos usuários do serviço da UBS Dr. Alexis Hakim, de ambos os gêneros, todas as faixas etárias, localizada no Município São João da Boa Vista, onde são realizadas consultas médicas, imunizações, coleta de exames, entre outros.

A avaliação antropométrica, deverá coletar o peso, estatura e circunferência abdominal. Concomitantemente será agregado os dados referentes à idade e as comorbidades pré-existentes. Para realizar essa seleção dos pacientes que passarão pela intervenção no estilo de vida será necessário o treinamento das técnicas de enfermagem para que se estabeleça o mesmo método (padrão) de aferição para todos os pacientes. Tal aferição poderá ser realizada na sala de pré-consulta com armazenamento dos dados dos pacientes para posterior classificação e sistematização para abordagem terapêutica. Tendo como base do tratamento a abolição do sedentarismo e reeducação alimentar será proposto aos pacientes selecionados um acompanhamento com educador físico com intervalos regulares e horários pré-definidos em academias ao ar livre presentes no município. Para aqueles com comorbidades osteomusculares que limitem a atividade física relacionada à impacto, será indicado a realização de hidroginástica.

No quesito nutricional, será estimulada uma alimentação saudável com meta de reduzir a quantidade de gordura da alimentação, em uma dieta hipocalórica e hipossódica, sendo uma maneira prática de induzir a perda de peso. Dietas que contenham 1.200 a 1.500 kcal por dia para mulheres e 1.500 a 1.800 kcal por dia para homens, independentemente da composição de macronutrientes frequentemente levam à perda de peso ( ABESO, 2016, p.76 ). Esse acompanhamento será realizado pela nutricionista através de consultas individualizadas em casos mais complexos (aqueles com múltiplas comorbidades e polifarmácia) e grupos de nutrição para os demais. Os pacientes também serão avaliados pelos médicos da unidade mensalmente a fim de reajustar dose de medicações, realizar controles laboratoriais e enfatizar sobre a importância da manutenção dos novos hábitos propostos pela equipe de saúde.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Os resultados esperados para a presente proposta de intervenção no território é reduzir em média 8% do peso corporal, em três a seis meses, com diminuição de gordura abdominal, com perda média de 4% em três a cinco anos. Em consequência, é previsto uma provável redução no número de medicações bem como um melhor controle das doenças de bases agregadas à obesidade. É importante ressaltar também que grande porcentagem de pacientes recupera o peso perdido: 50% dos pacientes recuperam o peso pré-tratamento em 12 meses e a maioria, em cinco anos. Apenas 11% mantêm perda de 5 kg ou mais. Concomitantemente diminui-se o risco cardiovascular, aumenta a expectativa de vida e a qualidade de vida alcançando assim um dos pilares da atenção básica que é a prevenção dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. (LEE et al., 2012)

Portanto, a obesidade deve ser preferencialmente manejada com medidas não medicamentosas, com ênfase em dieta e atividade física. Medidas comportamentais e aconselhamento sobre mudanças de estilo de vida, com acompanhamento e monitoração, reforçam os benefícios e estimula a manutenção. O enfrentamento epidêmico, crescente e global deve incluir atitudes governamentais e medidas de políticas públicas de saúde, guiadas pelo real e comprovado benefício à saúde do paciente, com medidas simples e pouco tecnológicas com participação da população. Só a alteração do estilo de vida, mudará a tendência crescente da obesidade, com suas consequências sobre mortalidade e morbidade e com alto custo associado, que onera indivíduos e o sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ♦ Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade, 2014, nº 38, p.1-214.
- ♦ Brasil, Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Dcnt) no Brasil, 2011-2022, 2011.
- ♦ Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2019.
- ♦ Carneiro, G., Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG, et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(3): 306-11.
- ♦ CUPPARI, L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole, 2002. p. 131-150.
- ♦ LEE, I-Min. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.
- ♦ Mancini MC. Obesidade e Doenças Associadas. In: Mancini MC, Geloneze B, Salles JEN, Lima JG, Carra MK. Tratado de Obesidade. Itapevi: AC Farmacêutica. 2010; 253--264.
- ♦ Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, et al. The continuing epidemic of obesity in the United States. JAMA. 2000;284:1650-1651.
- ♦ Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2003.
- ♦ World Health Organization. [WHO]. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva, 1995.