



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Tarciso Arcela Costa Freire

Redução da obesidade em uma Unidade Básica de Saúde no município de Piraquara: um Projeto de Intervenção.

Florianópolis, Abril de 2017

Tarciso Arcela Costa Freire

Redução da obesidade em uma Unidade Básica de Saúde no município de Piraquara: um Projeto de Intervenção.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Katheri Maris Zamproga
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Tarciso Arcela Costa Freire

Redução da obesidade em uma Unidade Básica de Saúde no município de Piraquara: um Projeto de Intervenção.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Katheri Maris Zamprogna
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que traz repercussões à saúde. Apesar de ser uma ameaça a saúde, muitos usuários não consideram obesidade como doença, e outros consideram apenas como fator de risco para outras comorbidades. O elevado número de usuários obesos no território de atendimento do Centro de Saúde Sebastiana Souza Batista na cidade de Piraquara no ano de 2017, justificou o desenvolvimento do projeto de intervenção deste tema. **Objetivo:** O objetivo do projeto é reduzir a obesidade em uma Unidade Básica no município de Piraquara. **Metodologia:** Foram realizadas pesagens e medições da circunferência da cintura em cada encontro mensal das reuniões do hiperdia, no intuito de verificar a perda de peso baseado nas orientações fornecidas pela nutricionista, médico, terapeuta ocupacional e outros profissionais durante os encontros. Os dados de peso, circunferência da cintura e IMC foram tabuladas em tabelas impressas para acompanhamento durante as reuniões seguintes, foram comparadas em cada reunião e informado aos pacientes os avanços e os retrocessos, além de orientações específicas para redução de peso. Ao final desse projeto espera-se uma melhor adesão do paciente na prática de hábitos saudáveis, já que a obesidade é uma comorbidade crônica e sua resolução exige um trabalho coletivo, unindo saberes e mudanças estruturantes que envolvem desde mudanças culturais até reorganização do processo de trabalho e dos serviços de saúde. **Resultados esperados:** Espera-se a redução na incidência das complicações e melhoria da qualidade de vida, bem como o reconhecimento da importância de alimentação saudável. Além disso, a discussão de dúvidas e preocupações pessoais a respeito da obesidade com todos os envolvidos permitirá a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada. Ainda, torna-se relevante despertar nos gestores a importância de investimento em espaços próprios para prática de atividade física por meio de um trabalho contínuo e de qualidade.

Palavras-chave: Obesidade, Educação em Saúde, Projeto de Intervenção

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

Conforme estimativa populacional de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado do Paraná totaliza 11.242.720 habitantes, distribuídos em 399 municípios. O território do Paraná tem uma densidade demográfica de 52,40 hab/km². O município de Piraquara onde o projeto de intervenção será implantado possui uma área de 227 km², distante a 21km da capital, localizada na região metropolitana de Curitiba, tendo dentro de seus limites os municípios de Pinhais, Quatro Barras e São José dos Pinhais. Com uma população estimada de 106.132 habitantes segundo o IBGE, 2016. As atividades econômicas que predominam no município são: turismo de aventura e agroturismo. Por situar-se na área de proteção ambiental da Bacia do Rio Iraí, as atividades industriais da cidade possuem inúmeras restrições legais e ambientais, o que acaba limitando o desenvolvimento econômico no município. Na atualidade, o município possui um dos mais baixos IDHs da Grande Curitiba.

A Planta Suburbana, bairro de atuação da equipe cinza do UBS Sebastiana de Souza Batista, foi decretada pelo Estado como Zona de Proteção da Vida Silvestre, em 2000. Desde então corre a ação civil pública no Ministério Público para desocupação da área. Em julho de 2012 a decisão jurídica declarou a desocupação, o embargo de obras e a demolição das construções realizadas na área, por ter sido decretada Zona de Proteção, porém por resistência da própria comunidade e questões políticas ainda permanecem no local.

A ação civil pública já corre no Ministério Público há 12 anos, desde que a área foi decretada Zona de Proteção da Vida Silvestre, em 2000. Em julho de 2012 uma decisão do Ministério Público declarou a desocupação, o embargo de obras e a demolição das construções realizadas na área. Porém, uma liminar que está em vigência barrou esta decisão.

Segundo o documento emitido pelo Poder Judiciário do estado do Paraná, através do Foro Regional de Piraquara, a ocupação irregular dos referidos terrenos coloca em risco a integridade do meio ambiente. A Constituição assegura a todos o direito de moradia, mas esse direito não se sobrepõe à conservação do meio ambiente, que já está muito degradado pela ação humana. A ocupação irregular destes terrenos coloca ainda em risco a vida da fauna e flora silvestres e compromete a qualidade hídrica dos mananciais que abastecem Piraquara e toda a região metropolitana de Curitiba. O documento considera ainda que o interesse das pessoas que ocupam esta área não pode se destacar sobre o direito, mais amplo, de toda a coletividade, de ter áreas definidas em lei protegidas e adequadamente preservadas, pois se trata do legado natural, já lamentavelmente reduzido, que restará às gerações futuras.

Nesta comunidade existem cerca de 100 casas e aproximadamente 700 pessoas. Os

moradores argumentam que existe a marcação de lotes e alguns compraram os terrenos, porém essa marcação é antiga, ocorrendo antes do Decreto de 2000.

Os primeiros moradores chegaram há aproximadamente 23 anos atrás (1993), época onde ainda não havia sido decretada Área de Proteção Ambiental, visto que o Decreto Estadual é de 2000. Estes primeiros moradores contam com água encanada, energia elétrica e saneamento básico. Porém os novos moradores que foram se estabelecendo nos últimos anos nesta localidade utilizam dos serviços de forma irregular, não pagam impostos territoriais ou nem se quer são cadastrados para recebimento de serviços básicos. A coleta de resíduos não é realizada na comunidade, sendo o descarte do lixo realizado nas proximidades das residências.

O bairro não possui ruas asfaltadas além da rua principal, esta permite a entrada para as ruas sem asfalto de acesso ao bairro. A maioria das casas são construídas em madeira, sem banheiro interno, as moradias são inadequadas pela construção irregular feitas pelos próprios moradores sem licença da prefeitura ou supervisão de um engenheiro, algumas delas foram construídas com restos de madeira coletados de construções anteriores ou abandonadas. Em metade dos casos existe mais de 1 família convivendo no mesmo terreno.

A região possui 2 Igrejas em funcionamento (evangélicas) e 2 em construção, não dispõe de escolas, bancos ou farmácias, possui 3 mercearias e 4 bares (botecos), a Unidade Básica de Saúde Sebastiana de Souza é a referência, possui 01 ACS que atende o bairro como parte de sua área de ação.

A população desta área trabalha no próprio município ou na capital do estado, já que Piraquara é considerada região metropolitana de Curitiba. A maioria dos moradores tem baixa escolaridade (nível fundamental incompleto) e conseqüente baixa renda, trabalham no próprio município ou na capital que dista 33km . A maioria das mulheres exerce a função de doméstica ou babá, já os homens trabalham como vendedores ambulantes e/ou auxiliares na construção civil (pedreiros).

O transporte coletivo é deficitário já que não contam com linha exclusiva para o bairro, devendo se deslocar até a avenida principal a 400m onde existe um ponto de ônibus.

Esta área é considerada pelo Serviço social do município como de vulnerabilidade social alta, já que nesta comunidade faltam áreas de esporte e lazer, existe consumo e tráfico de drogas, ainda com alto índice de violência doméstica, motivo que levou a liderança comunitária a solicitar recentemente conversas e orientações de especialista para as mulheres que ali residem.

Desde 2003 reside nesta localidade uma chilena, ex-estudante de enfermagem, conhecida e aceita pelos moradores como líder comunitária. Esta vem trabalhando junto aos serviços públicos desde sua chegada ao município de Piraquara, está sempre presente nas ações de saúde do bairro e mantém bom relacionamento com secretarias de saúde / educação, CREAS. Segundo esta líder comunitária a Planta Suburbana tem alcançado algumas conquistas como a vinda de médicos no bairro, o acesso a educação com disponibilidade

de ônibus da secretaria de educação para ida das crianças.

Devido a distância deste bairro até a unidade de saúde a busca pelo serviço de saúde é menor quando comparado com os bairros mais próximos, a linha de ônibus deixou de atender recentemente este bairro o que tem causado impacto direto sobre a ida dos clientes a unidade de saúde.

A população da área acompanhada é de 1291 pessoas (última atualização pela ACS, novembro de 2015), sendo 783 mulheres e 508 homens. Neste montante existem 487 crianças e jovens com idade menor a 20 anos, 412 pessoas com idade entre 20 e 59 anos e 392 idosos (mais de 60 anos). Assim observamos que é uma população relativamente jovem, com mais de 50% da população com idade até 59 anos. A População tem rendimento médio de R\$ 900,00.

A Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de 6,1% (80 hipertensos cadastrados e acompanhados), a Prevalência de Diabetes Mellitus é de 1,5% (20 diabéticos cadastrados), destes 89% são obesos. O acompanhamento destas pessoas com HAS e DM é realizado semanalmente com consultas agendadas a cada 3, 6 ou 12 meses dependendo da classificação de risco (Baixo, Médio e Alto Risco). Além disso são realizadas atividades mensais na própria comunidade com o apoio de instituições religiosas locais que cedem o espaço onde são realizadas atividades de educação em saúde com o apoio de profissionais do NASF (Psicóloga e Terapeuta Ocupacional), aferição de pressão arterial, renovação de receitas e distribuição de medicamentos com a participação da Enfermagem e da ACS que atua na comunidade. Esta ligação com a comunidade colabora na iniciativa dos participantes em pactuarem juntos metas na adoção de medidas saudáveis e comportamentais para auxiliar no tratamento das doenças crônicas, é ainda um espaço aberto para esclarecimento de dúvidas e conversa informal no mesmo nível da população que se sente à vontade para questionar antigos mitos ou dúvidas não esclarecidas.

A unidade de saúde que atende a área da Planta Suburbana não possui dados referentes as queixas da população, não existe nenhuma ferramenta no prontuário eletrônico utilizado que forneça estas informações.

No mês de Junho de 2016 foram realizados 340 atendimentos, destes 161 (47,3%) foram atendimentos individuais por queixas diversas, as mais frequentes foram 35% (56) por Diarréia, 20,5% (33) atendimentos por IVAS, Dor de garganta representaram 17,4% (28), Cefaléia 10% (16 atendimentos), Dor lombar 11,8% (19), demais queixas 5,6% (09).

A programação de atendimento de acordo com a demanda só ocorre quando é doença transmissível em surtos.

No ano de 2015 não houveram óbitos registrados na área, quanto ao esquema vacinal 93% das crianças menores de 1 anos acompanhadas estão com o esquema vacinal em dia.

No ano de 2015 o território tinha 14 gestantes cadastradas, e 100% tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal no ano de 2015, este dado foi consultado em agenda própria da unidade com a identificação das gestantes e número de consultas.

As crianças são acompanhadas até o primeiro ano de vida de forma mensal com consultas de puericultura agendadas e busca ativa em caso de ausência. As gestantes são acompanhadas até a realização da consulta puerperal, com agendamento semanal para este grupo de mulheres e com orientações sobre planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido. Após este período a mãe entra na rotina de atendimento dos demais clientes, sendo atendida por demanda espontânea.

No ano de 2015 os óbitos eram registrados e notificados pela unidade de pronto atendimento municipal, assim não existe nenhum dado sobre as comorbidades ou patologias causadoras de óbitos na região. A partir de 2016 com a chegada de novos médicos, estes passaram a emitir a declaração de óbito. Até o presente foram registrados 3 óbitos por cardiopatias (Insuficiência Cardíaca Congestiva, Hipertensão Arterial e Insuficiência Renal Crônica).

O maior número de encaminhamentos para serviço de urgência ou hospitais de referência diz respeito a hipertensão arterial não controlada, com crise hipertensiva que exige em alguns casos hospitalização.

A baixa escolaridade com analfabetismo é um grande problema presente, já que muitos idosos moram sozinhos e não sabem ler, não seguindo as orientações prescritas na receita o que leva a complicações frequentes.

Dos problemas existentes na comunidade, os principais elencados foram Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Obesidade. Como critério de priorização para enfrentamento foi considerada relação com outras doenças e aumento do risco de doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral, que é hoje a principal causa de morte no Brasil. Com base nestes critérios o problema prioritário foi a Obesidade pelo número elevado de usuários com obesidade no território de atendimento do Centro de Saúde Sebastiana Souza Batista na cidade de Piraquara no ano de 2017.

Com uma população adulta de 412 pessoas (20 a 49 anos), foi avaliado o estado nutricional (por meio do índice de massa corporal – IMC) de 116 mulheres e homens que foram assistidos em consulta e nas atividades do Hiperdia. O resultado foi 35 homens obesos e 53 mulheres obesas, o que representa 75%, dados que se encontram bem acima da média brasileira de 15%.

Infelizmente não existe um programa específico nas atividades da UBS para diagnóstico, acompanhamento e tratamento individual ou coletivo para a obesidade, seja pela deficiência de recursos humanos, materiais e físicos. Por este motivo este agravo é muitas vezes não abordado em consulta médica ou de enfermagem, sendo seu enfrentamento de modo arbitrário quando solicitado e reconhecido pelo próprio paciente. Diante do exposto, a proposta deste projeto de intervenção é reduzir a obesidade em hipertensos e diabéticos em uma Unidade de Saúde da Família no município de Piraquara, Paraná.

A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que traz repercussões a saúde.

Apesar de ser uma ameaça a saúde, muitos usuários não consideram obesidade como doença, e outros consideram apenas como fator de risco para outras doenças (ANJOS, 2006).

Estima-se que o Brasil gaste 1,5 bilhão de reais por ano com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de massa corporal e doenças associadas (600 milhões vem do Sistema Único de Saúde – SUS). Esses dados mostram a importância das doenças crônicas não transmissíveis no país (ANJOS, 2006).

Esta visão errônea desta comorbidade acaba interferindo no tratamento não farmacológico (alimentação saudável, atividade física, abandono do tabagismo e outros) que é orientado durante consultas clínicas e nas orientações em grupo, pois este grupo não incorpora tais recomendações a sua rotina diária.

Este projeto de intervenção se faz necessário no sentido de realizar uma ação conjunta tanto pela Equipe de Saúde da Família quanto pelos profissionais do NASF e a comunidade. A equipe envolvida neste projeto pode auxiliar a redução da Obesidade por meio de ações de promoção de saúde que estimulem o equilíbrio entre o consumo de energia e melhoria da qualidade de vida.

Como estes grupos prioritários (hipertensos e diabéticos) mantêm consultas regulares na UBS e nas reuniões de grupos, o acompanhamento é mais fácil pela periodicidade de encontros e possibilidade de avaliar adequação as medidas propostas e pactuadas como metas de redução de peso e de circunferência da cintura.

Torna-se relevante ainda despertar nos gestores a importância de investimento em espaços próprios para prática de atividade física promovendo assim um trabalho contínuo e de qualidade. Os resultados finais seriam melhoria da qualidade de vida da população e redução dos custos do tratamento da obesidade e das comorbidades associadas.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir a obesidade em uma Unidade Básica no município de Piraquara

2.2 Objetivos Específicos

- Acompanhar e conhecer todos os casos de obesidade no território de atuação da equipe ESF;
- Atuar junto a equipe NASF com trabalho em grupo para diminuir as complicações associadas a obesidade;
- Promover atividades de promoção a saúde frente a obesidade e suas comorbidades.

3 Revisão da Literatura

OBESIDADE

A obesidade, uma doença crônica, complexa e epigenética, pode ser definida como o aumento do armazenamento de tecido adiposo no organismo, associa-se a inúmeros riscos para a saúde, em detrimento de complicações metabólicas correlacionadas à morbidade, cujo enfoque paira sobre as doenças de cunho cardiovascular e o diabetes. Riscos marcantes à saúde podem ser percebidos à somatória de dados como o Índice de Massa Corporal (IMC), o tabagismo, a hipertensão, a dislipidemia. A má-alimentação, com escassez de frutas, legumes e verduras, e alto consumo de gorduras saturadas, carboidratos simples e álcool, além do sedentarismo, são fatores que podem levar à doença arterial coronariana, especialmente se existe predisposição genética [ROSSUM et al. \(2015\)](#).

Fatores emocionais (ansiedade, estresse, a culpa e a preocupação, traumas e medo, a tristeza, frustração e raiva), motivam tanto a fadiga física, como algias e alergias, dificultando o tratamento da obesidade. Os meios terapêuticos disponíveis para tal enfermidade englobam as mudanças no estilo de vida, com reeducação alimentar e atividade física regular, redução de peso, somado ao apoio medicamentoso dos fármacos anti-obesidade, e a cirurgia bariátrica [ROSSUM et al. \(2015\)](#).

IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL)

O IMC (divisão do peso pela altura (kg/m^2) é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. Apesar de ser um bom indicador, a composição corporal pode variar em função do sexo, idade, etnia, sedentarismo, em edemaciados e outros. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação da obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença [Metabólica \(2016\)](#).

Na população brasileira, tem-se utilizado a tabela proposta pela OMS para classificação de sobrepeso e obesidade (Tabela 1) e seu uso apresenta as mesmas limitações constatadas na literatura. Portanto, o ideal é a combinação de IMC com medidas da distribuição de gordura poder ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado [Metabólica \(2016\)](#).

A classificação pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é apresentada na Tabela 1. Convenciona-se chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m^2 e obesidade o IMC maior ou igual a 30 kg/m^2 e de excesso de peso o IMC maior ou igual a 25 kg/m^2 (incluindo a obesidade).

O Ministério da Saúde aceita que no idoso (60 anos ou mais), o IMC normal varia de >22 a 2 pela diminuição de massa magra e maior risco de sarcopenia (diminuição de massa, força e desempenho muscular e de incapacidade física).

MASSA GORDUROSA E DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA

A medida da circunferência abdominal reflete o conteúdo de gordura visceral e também

Tabela 1 – Tabela 1 – Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial de Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes. Fonte: World Health Organization

IMC (KG/M2)	CLASSIFI- CAÇÃO	OBESIDADE GRAU / CLASSE	RISCO DE DOENÇA
	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	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

se associa muito à gordura corporal total. Para avaliar a circunferência abdominal solicita-se ao paciente em posição supina que inspire profundamente, e, ao final da expiração deve ser realizada a medida. Pode-se realizar a medida no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca, segundo recomendações da OMS (METABÓLICA, 2016).

A Federação Internacional de Diabetes, estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres.

De acordo com o National Cholesterol Education Program (NCEP) – Adult Treatment Panel III (ATP-III), o ponto de corte deve ser de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres.

AVALIAÇÃO COMBINADA

A associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas, mas no rastreamento inicial (prevenção primária), o IMC pode ser usado isoladamente.

Breve contextualização social e histórica do problema escolhido

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de Atenção à Saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (SAÚDE; BÁSICA, 2014)(SAÚDE; BÁSICA, 2014).

Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência

em elevação no País. As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos (SAÚDE; BÁSICA, 2014).

O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição aponta a obesidade como um dos grandes desafios do contexto atual e suas diretrizes norteiam a organização do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, que devem ocorrer no cotidiano dos serviços de Saúde, assim como macropolíticas que potencializem uma vida mais saudável Saúde e Básica (2014).

Considerando que os fatores de risco e proteção são muitas vezes comuns às doenças crônicas, que essas doenças podem estar associadas e que o tratamento não medicamentoso apresenta alto grau de semelhança entre elas, verifica-se a necessidade de uma abordagem conjunta.

A sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um País que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um País com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008.

A população passou por diversas mudanças nas últimas quatro décadas. Essas mudanças ocorreram na composição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos. Além da transição demográfica, também vivenciamos uma transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e a transição nutricional, com queda da desnutrição em todas as idades e aumento do excesso de peso, em todas as idades e classes de renda Saúde e Básica (2014).

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea.

A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo. Em 2009 o consumo energético diário médio da população foi superior ao recomendado de 2000 kcal, o que é mais um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha às encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos Saúde e Básica (2012).

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultra-processados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação

direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas [Saúde e Básica \(2012\)](#).

O Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias. Em vinte anos, as prevalências de obesidade em crianças entre 5 a 9 anos foram multiplicadas por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por, praticamente, cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%). Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% apresentaram excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% dos adolescentes do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos [Saúde e Básica \(2012\)](#).

A prevalência da obesidade vem crescendo de forma alarmante em crianças. Aproximadamente 90% dessas crianças continuarão obesas na vida adulta com IMC acima de 35. A obesidade na infância e adolescência leva ao desenvolvimento precoce de aterosclerose e diabetes tipo 2. Embora medicamentos possam ser utilizados em adultos, nenhum deles foram estudados extensivamente em crianças e adolescentes. A maioria dos especialistas focam na prevenção primária como método mais efetivo [Caroline e Apovian \(2016\)](#).

Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. A obesidade cresceu de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres para 12,5% entre homens e 16,9% entre as mulheres nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. Atualmente, a obesidade tem prevalências semelhantes entre as mulheres de todos os níveis de renda, mas, entre os homens, a obesidade entre os vinte por cento mais ricos da população é o dobro das prevalências encontradas entre o quinto mais pobre. A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos [Saúde e Básica \(2012\)](#).

O cenário epidemiológico apresentado reflete os avanços do Brasil na luta contra a fome e a desnutrição, embora ainda existam populações vulneráveis a esses agravos. O acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda deixa clara a necessidade de medidas de controle e prevenção do ganho de peso. Se essas ações não forem implementadas, estima-se que em vinte anos cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de peso no Brasil.

No Brasil, segundo dados da última pesquisa de orçamentos familiares (POF 2008), cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população maior de 20 anos apresenta excesso de peso. O que mais chama a atenção nessa epidemia é a velocidade com que ela aumentou nas últimas décadas. Em 1975 (IBGE, 1976) a obesidade

estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres; já em 2003, (IBGE, 2010) a prevalência entre homens era de 8,8% e de 12,7% em mulheres. Em 2009, a prevalência de obesidade era de 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres. O excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010). O aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do chamado mundo ocidental, em todas as faixas de idade e em ambos os sexos [Saúde e Básica \(2012\)](#).

Políticas Públicas

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999 e atualizada no ano de 2011, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

Na última década, o principal avanço foi a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, introduziu no artigo 6º da Constituição Federal a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b). Tanto a Lei como o Decreto apresentam entre as suas bases diretrizes o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde ([SAÚDE; BÁSICA, 2012](#)).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e atualmente é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultra-processados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultra-processados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano ([SAÚDE; BÁSICA, 2012](#)).

A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), aos quais se somam os princípios a seguir:

- A Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde;

- O respeito à diversidade e à cultura alimentar;
- O fortalecimento da autonomia dos indivíduos;
- A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição;
- A segurança alimentar e nutricional com soberania;

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sendo consolidadas em:

1. Organização da Atenção Nutricional;
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
3. Vigilância Alimentar e Nutricional;
4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
5. Participação e Controle Social;
6. Qualificação da Força de Trabalho;
7. Controle e Regulação dos Alimentos;
8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Nesse sentido, a partir do supraexposto a globalização, o marketing exacerbado de alimentos processados, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social. A obesidade envolve complexa relação entre corpo-saúde/alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história [Saúde e Básica](#) (2014).

Este complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde do SUS, em especial para a Atenção Básica. Por sua proximidade ao cotidiano de vida das pessoas, tem maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território, tornando-se local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população.

Assim, as intervenções para a reversão do excesso de peso, das populações e dos indivíduos, precisam considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo e saúde. A Atenção Básica, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral.

4 Metodologia

O projeto foi realizado no período de setembro a dezembro de 2016, com atenção voltada a população de adolescentes e adultos que participaram com regularidade dos encontros de Hiperdia do bairro Planta suburbana. Os encontros foram realizados de forma quinzenal nas quartas-feiras no período vespertino por 4 horas cada encontro. Dessa forma foram realizados 8 encontros neste período. A amostra foi composta por 32 pacientes de ambos os sexos, com faixa etária entre 16 e 79 anos, cadastrados no programa hiperdia da UBS Sebastiana de Souza do município de Piraquara, Paraná.

Foram realizadas pesagens e medições da circunferência da cintura em cada encontro mensal das reuniões do hiperdia. O mesmo tinha por objetivo: verificar a perda de peso baseado nas orientações fornecidas pela nutricionista, médico, terapeuta ocupacional e outros profissionais durante os encontros. O cálculo do IMC foi realizado utilizando-se a fórmula $\text{Peso}/\text{Estatura}^2$, expresso em kilogramas por metros quadrados. A massa corporal foi mensurada em uma balança digital com precisão de 100g. Toda a amostra foi submetida às medidas. Descalços e com o mínimo de roupa possível, os pacientes permaneceram na balança com ligeiro afastamento lateral dos pés, mantendo-se sobre o centro da plataforma da balança e com a cabeça e as costas ereta, e desta forma, foi aferida e anotada a massa corporal em kilogramas. A medida da estatura foi realizada com o avaliado em posição ortostática, pés unidos e a medida foi feita com a cabeça paralela ao solo. O índice de massa corporal (IMC) foi obtido da divisão da massa corporal total pela estatura elevada ao quadrado. A circunferência da cintura foi mensurada com uma fita métrica maleável, no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca. As medidas foram realizadas com ajuda dos estagiários do curso de medicina em convênio com a prefeitura de Piraquara durante as reuniões de Hiperdia realizadas mensalmente na comunidade.

Os dados de peso, circunferência da cintura e IMC foram tabuladas em tabelas impressas para acompanhamento durante as reuniões seguintes, foram comparadas em cada reunião e informado aos pacientes os avanços e os retrocessos, além de orientações específicas para redução de peso.

5 Resultados Esperados

Nos últimos anos a obesidade deixou de ser um problema de saúde dos países desenvolvidos, e agora é considerado por muitos como uma pandemia. A obesidade contribui com o surgimento de doenças crônicas e incapacidades afetando a saúde e a qualidade de vida do indivíduo e da sua família.

A obesidade é uma doença de solução aparentemente fácil, pois é causada pelo desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o consumo energético. No entanto até agora, muito pouco foi feito para conter ou reverter a progressão desse problema.

Diante disso, realizou-se este projeto de intervenção com a metodologia delineada, visto o baixo custo, e pela alta prevalência na comunidade atendida.

Ao final desse projeto espera-se uma melhor adesão do paciente na prática de hábitos saudáveis, já que a obesidade é uma comorbidade crônica e sua resolução exige um trabalho coletivo, unindo saberes e mudanças estruturantes que envolvem desde mudanças culturais até reorganização do processo de trabalho e dos serviços de saúde.

Para ser eficiente e eficaz é preciso que se tenha um programa intenso e motivador, pois o autocuidado requer interesse e comprometimento da comunidade e dos profissionais envolvidos. Assim espera-se uma maior adesão dos profissionais nas atividades de grupos.

Com a implantação do programa de forma contínua espera-se a redução na incidência das complicações e melhoria da qualidade de vida, reconhecimento da importância de alimentação saudável. Além disso a discussão de dúvidas e preocupações pessoais a respeito da obesidade com todos os envolvidos permitirá a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada.

Com a orientação dos profissionais estima-se um reforço no enfrentamento destas mudanças de comportamento, segurança na tomada de decisões e adaptação do dia-a-dia nas rotinas diárias.

Ainda torna-se relevante despertar nos gestores a importância de investimento em espaços próprios para prática de atividade física por meio de um trabalho contínuo e de qualidade.

Os benefícios esperados incluem a redução de custos do tratamento da obesidade e suas comorbidades.

Referências

- ANJOS, L. A. D. *Obesidade e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Citado na página 13.
- CAROLINE, M.; APOVIAN, M. The obesity epidemic: Understanding the disease and the treatment. *N ENG J MED*, v. 374, n. 2, p. 177–179, 2016. Citado na página 20.
- METABÓLICA, A. A. B. para o Estudo da Obesidade e da S. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016*. São Paulo: ABESO, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- ROSSUM, M. et al. Uma abordagem atual da obesidade. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* -, v. 9, n. 1, p. 54–59, 2015. Citado na página 17.
- SAÚDE, S. de Atenção à; BÁSICA, D. de A. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde., 2012. Citado 3 vezes nas páginas 19, 20 e 21.
- SAÚDE, S. de Atenção à; BÁSICA, D. de A. *Caderno de Atenção Básica N. 38: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde., 2014. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 22.