



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

Isabela Scheidt Prazeres

Criação de grupo de hábitos saudáveis no bairro Santa
Teresa, no município de São Pedro de Alcântara - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Isabela Scheidt Prazeres

Criação de grupo de hábitos saudáveis no bairro Santa Teresa, no município de São Pedro de Alcântara - SC.

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: Monica Motta Lino
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Isabela Scheidt Prazeres

Criação de grupo de hábitos saudáveis no bairro Santa Teresa, no município de São Pedro de Alcântara - SC.

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

Monica Motta Lino
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

A prevalência do sobrepeso e da obesidade tem crescido no Brasil e no mundo ao longo dos anos, tornando-se um problema de grandes proporções, sendo necessárias intervenções, não apenas de cunho pessoal, mas também de diferentes setores da sociedade, especialmente através da implementação de políticas de saúde pública. No município de São Pedro de Alcântara, isso não é diferente. Distintos fatores culminaram no aumento do número de indivíduos com excesso de peso, havendo urgência em aplicar medidas, por parte da equipe local de saúde, que ajudem a mudar essa realidade. Peso corporal acima da normalidade, fruto do crescente sedentarismo, é fator de risco para outras doenças, as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo considerado um fator modificável e, portanto, passível de intervenção terapêutica. Dessa forma, buscou-se a criação de grupo de hábitos saudáveis, a fim de contribuir ativamente no processo de mudanças alimentares e na incorporação de atividades físicas, promovendo assim, a saúde dos usuários e da comunidade.

Palavras-chave: Alterações do Peso Corporal, Comportamento Alimentar, Estilo de Vida Sedentário, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O município de São Pedro de Alcântara teve origem em uma comunidade fundada em 1829, por cerca de 60 alemães, sendo a primeira colônia alemã de Santa Catarina. Por muitos anos, foi um distrito de São José, cidade vizinha, sendo reconhecida como cidade em 1994 e emancipada apenas em 1997. (IBGE, 2016) Hoje abriga cerca de 5370 moradores, dentro dos seus 140,06 km². (IBGE, 2016)

Dentro do município, está localizado o Hospital Santa Teresa, que foi construído em 1940, com a finalidade de abrigar portadores de hanseníase, administrado pela secretaria de saúde estadual. (CATARINA, 2016) Com o passar do tempo, tornou-se referência em dermatologia, além de funcionar como retaguarda do Hospital Regional de São José, recebendo pacientes de média complexidade e pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica. O hospital ainda abriga cerca de 20 antigos pacientes que não têm moradia externa. A população do bairro, portanto, também é composta por diversos ex-moradores do hospital, bem como funcionários aposentados e seus familiares.

No bairro onde está localizada a Unidade Básica de Saúde (UBS) I Raulino José Zimmermann, há alguns grupos de organização social. Podem ser citados: grupo de mães, ciclismo e de idosos. Também há entidades representativas, como a Coseg – Conselho de Segurança de Santa Teresa, Conselho Comunitário de Santa Teresa e de forma mais ampla o Conselho Municipal de Saúde. Dentre os serviços públicos do bairro, estão a Creche Municipal - CEI Frei Atiço, a Escola Municipal Adalberto Tolentino de Carvalho, o já citado Hospital Santa Teresa e a Unidade Básica de Saúde. Essa unidade conta com os seguintes profissionais: enfermeira, dois técnicos de enfermagem, psicóloga, farmacêutica, duas dentistas, auxiliar de odontologia, médica de família, ginecologista, pediatra e quatro agentes comunitárias. Há ainda pela rede municipal de saúde um médico “emergencista”, que atende situações de baixa complexidade, assistente social e nutricionista. O serviço de fisioterapia é realizado através de um convênio da prefeitura com consultório particular, para atendimentos de pós-operatórios e idosos, principalmente.

No bairro também estão contidas a Igreja Santuário Bom Jesus da Santa Cruz (católica), uma Igreja Evangélica, além da Praça Osni Pereira Stahelim, com parque infantil, ciclovia e pista de caminhada. O Complexo Penitenciário do Estado, também se encontra em Santa Teresa, sendo de responsabilidade do governo estadual sua administração.

O perfil da cidade é de casas de alvenaria em sua grande maioria, todas com banheiros e equipadas com diversos eletrodomésticos (geladeira, fogão, televisão). A água provém das nascentes, contudo não há tratamento do esgoto, que desemboca direto no rio Marui. O PIB per capita, de acordo com último levantamento, é de R\$ 10,753,11 e 90% da população residente é alfabetizada, características que contribuem para que o município tenha 0,743 na classificação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). (ESTATÍSTICA, 2016)

A unidade de saúde I José Raulino Zimmermann, localizada no bairro Santa Teresa, atende uma população de 2346 pessoas, sendo 30 menores de um ano (1,28%), 516 entre um e 15 anos (21,99%), 1477 entre 15 e 59 anos (62,96%) e 323 maiores de 60 anos (13,77%). A prevalência de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no mês de Abril, foi de 14,49% (340 pessoas) e, a de portadores de Diabetes Mellitus (DM), foi de 3,7% (87 pessoas). Todos esses dados, são referentes a levantamentos realizados pelas agentes comunitárias.

O acompanhamento dos portadores de HAS e DM é realizado com marcação de retorno e busca ativa dos pacientes sem acompanhamento regular. Ainda não há reserva de horários para esses grupos, em parte, porque a população não é tão extensa, permitindo marcação de consultas para toda a população, realizada semanalmente. Há 50% das vagas diárias para consultas agendadas e a outra metade é para demanda espontânea. Além das consultas, é realizada reunião semanal da equipe. Foram realizadas 341 consultas no mês de Abril, sendo que as causas mais comuns de atendimento foram, em primeiro lugar, pacientes com HAS, representando 19,94% dos atendimentos; em segundo, 17,59% de consultas em saúde mental; seguido de 8,80% de consultas para solicitação de exames de rotina (sangue, preventivo, mamografia, etc); em quarto lugar, com 4,98% do total, pacientes para controle de DM e, em quinto lugar, 4,69% para consultas de puericultura.

Sendo um município de origem alemã, até hoje cultiva práticas e costumes próprios desse povo, o que reflete, especialmente na alimentação, que é rica em pães, massas, alimentos ricos em gorduras e carboidratos. Isso, aliado à escassa prática de atividade física favorecem o ganho de peso da população, acompanhando a tendência brasileira e mundial.

Dados obtidos da Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), de 2014, demonstram que Brasileiros, de 27 cidades avaliadas, há um total de 52,2% de pessoas com excesso de peso, sendo maior entre homens (60,8%) em relação às mulheres (45,4%). Já em relação à obesidade, foi encontrada uma prevalência de 16,8% entre os estudados. ([SUPLEMENTAR, 2015](#))

Assim como no Brasil, o município de São Pedro de Alcântara, também possui alta prevalência de indivíduos com sobrepeso e obesidade, além das suas comorbidades atribuíveis. De acordo com revisão de prontuários eletrônicos, dos usuários da área de abrangência da unidade de saúde Raulino José Zimmermann, apenas 106 pacientes, acima de 18 anos, têm registro de Índice de Massa Corporal (IMC). Desses, 37 apresentam IMC normal (34,9%), enquanto que 65% (69 usuários) estão acima da faixa da normalidade. Do percentual de pacientes acima do peso, encontramos 32 na faixa do sobrepeso (30,18%) e 34,9% atingem a faixa da obesidade (37 pessoas). Dos pacientes portadores de obesidade avaliados, 62,2% têm grau 1 (23 indivíduos); 08 estão no grau 2 (21,6%) e 06 usuários apresentam grau 3 de obesidade (16,2%). Também devemos destacar a prevalência de comorbidades influenciadas pelo excesso de peso, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que está

presente em 14,49% (340 pessoas) da população do bairro e, a de portadores de Diabetes Mellitus (DM), de 3,7% (87 pessoas), segundo dados coletados pelas agentes comunitárias. Dentre os prontuários avaliados (que constavam o IMC), pudemos encontrar que dos pacientes com sobrepeso, 65,6% são portadores de HAS (21 indivíduos) e 6,2% de DM (02 indivíduos). Ao analisar a população na faixa da obesidade, observamos que 85,3% são hipertensos (29 usuários) e 04 indivíduos são diabéticos (10,8%). Mesmo analisando uma pequena amostra da população, podemos perceber que os dados de excesso de peso são semelhantes ao encontrado na população brasileira, refletindo assim, um problema que está presente no município e, portanto, necessita de intervenção. Levando em conta a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é uma das práticas de promoção à saúde, portanto, faz parte das atividades que devem ser executadas por uma unidade básica de saúde (UBS). Lembrando que a promoção da saúde, dentro do conceito do Sistema Único de Saúde (SUS) é vista como uma maneira de lidar com os diversos fatores que definem o processo saúde-doença, incluindo assim ações multidisciplinares, com envolvimento popular. (SAÚDE, 2013)

Dentro desse conceito, destacamos as diretrizes da PAAS, que colocam o serviço público como importante agente de transformação social, devendo assim, incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde, através de: 1- políticas públicas saudáveis; 2- criações de ambientes favoráveis à saúde nos quais indivíduo e comunidade possam exercer o comportamento saudável; 3- reforço da ação comunitária; 4- desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes e 5- reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde. (SAÚDE, 2013)

Fundamental é, portanto, a implementação de atividade que atenda à demanda de usuários que necessitam de mudança no estilo de vida, a fim de colaborar com a diminuição da prevalência do sobrepeso, da obesidade e das doenças associadas. (SAÚDE, 2013)

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Auxiliar os pacientes na adoção de práticas de vida mais saudáveis voltadas à perda de peso e consequente redução de risco de doenças associadas.

2.2 Objetivos específicos

- Orientar sobre tipo de alimentos, quantidades, horários adequados de refeições e lanches, com sugestões de alimentos e dicas de receitas;
- Incentivar à prática de atividade física com a realização de ações coletivas;
- Promover acompanhamento de saúde aos pacientes com sobrepeso e/ou obesidade orientando sobre os riscos à saúde e doenças associadas.

3 Revisão da Literatura

O sobrepeso e a obesidade são determinados pelo excesso de gordura corporal, podendo desencadear diversos prejuízos à saúde. (ORGANIZATION, 2016b)

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgou que 39% da população mundial estavam acima do peso, enquanto que desses, 13% estavam obesos. (ORGANIZATION, 2016b)

A classificação do peso (OMS) dá-se através do índice de massa corporal (IMC), obtido pelo cálculo do peso (quilos) dividido pela altura ao quadrado (metros). Dessa maneira, indivíduos com IMC maior ou igual a 25 kg/m² e menor que 30 kg/m² são considerados com sobrepeso, enquanto que aqueles com IMC maior que 30 kg/m² são classificados como obesos. A obesidade é dividida em graus, de acordo com o aumento do IMC (entre 30 e 34.99 kg/m²: grau 1; entre 35 e 39.99 kg/m²: grau 2; acima de 40 kg/m²: grau 3). (ORGANIZATION, 2016a)

Além do IMC, a aferição da circunferência abdominal (CA), demonstra o acúmulo indireto de gordura visceral, relacionada ao aumento de risco de doenças metabólicas, principalmente a hipertensão arterial, tendo como ponto de corte para homens 102 cm e 88 cm para mulheres. Alguns estudos apresentam pontos de corte mais rigorosos, com 94 cm para homens e 80 cm para mulheres. (METABÓLICA, 2010)

A principal causa do ganho excessivo de peso é um desequilíbrio entre o consumo e o gasto de calorias, que se deu por dois motivos especiais: o aumento do consumo de alimentos de alto valor energético e a diminuição da quantidade de atividade física, com cultivo do estilo de vida mais sedentário. (ORGANIZATION, 2016b)

O aumento da gordura corporal está relacionado ao aumento do risco de outras doenças, especialmente doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), HAS; DM; distúrbios osteomusculares; alguns tipos de câncer, como de endométrio, mama, próstata, fígado, rim, cólon; além de alterações psicológicas, com impacto na qualidade de vida. (ORGANIZATION, 2016b) Revisão de literatura de 2014, apontou ainda que mulheres com obesidade têm maior risco para fraturas de tornozelo, perna, úmero e coluna cervical, durante a pós-menopausa, quando comparadas às não obesas. (PREMAOR; COMIM; COMPSTON, 2014)

O tratamento da obesidade é considerado algo complexo, que exige um envolvimento multiprofissional. (METABOLOGIA, 2006) Podemos afirmar que não há tratamento de longo prazo para o excesso de peso, que não envolva alteração dos hábitos de vida ((METABOLOGIA, 2006), o que torna a abordagem do tema algo imprescindível na prática de saúde.

Mudanças comportamentais e de hábitos são um desafio constante na vida dos cidadãos, visto que envolvem muitos aspectos, como culturais, psicológicos, econômicos,

sociais. (DIAS; ALVES, 2012) Sendo assim, o processo de mudança deve estar embasado em técnicas motivacionais, apoio profissional, além de contar com a vontade/motivação individual. (DIAS; ALVES, 2012)

A motivação é algo fundamental quando abordamos o assunto mudanças, visto que é ela a mola propulsora para gerar ações efetivas e modificadoras. Além disso, é algo dinâmico, pois pode variar e mudar de enfoque ao longo do tempo, o que a torna ainda mais importante e complexa. (DIAS; ALVES, 2012) Há várias teorias que abordam o assunto, dentre as quais, ganha destaque o Modelo Transteórico (MTT), da década de 1980, dos pesquisadores norte-americanos Prochaska e DiClemente, que abrange diferentes teorias da Psicologia Social. Compõem-se de quatro pilares: Estágios de Mudança do Comportamento; Processos de Mudança; Equilíbrio de Decisões e Autoeficácia. (DIAS; ALVES, 2012)

Os Estágios de Mudança do Comportamento são cinco: 1- Pré-contemplação (quando o indivíduo não considera a chance de mudança, nem se preocupa com a questão); 2- Contemplação (quando há admissão do problema, mas é ambivalente e apenas considera mudanças eventuais num futuro próximo); 3- Preparação (o indivíduo inicia planejamentos, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas); 4- Ação (estabelece as mudanças propostas e investe tempo e energia na sua execução); 5- Manutenção (a mudança já ocorreu há mais de seis meses e, há o processo de continuidade do trabalho, mantendo ganhos e prevenindo recaídas). (DIAS; ALVES, 2012)

Os autores referem que esses estágios são dinâmicos, podendo os indivíduos progredir e regredir entre eles a qualquer momento. Isso está descrito no segundo pilar do MTT, Processos de Mudança, onde relatam que a transição entre os estágios depende das atividades e das experiências de como enfrentar o problema em questão. O Equilíbrio de Decisões é o terceiro pilar do MTT e ocorre no momento em que o indivíduo consegue avaliar as situações favoráveis e desfavoráveis à sua modificação. Como quarto e último pilar, o MMT discorre sobre a Autoeficácia, que é um termo originado da Teoria Cognitiva Social, de autoria de Bandura, década de 1970, que ressalta a autoconfiança na crença de conseguir atingir e manter determinada mudança. (DIAS; ALVES, 2012)

A análise comportamental, portanto, não é algo simples e, a utilização das ideias do MMT serve para ajudar a melhor estruturar o início de planejamentos. Com vista nisso, podemos citar, como estratégia terapêutica para modificação do estilo de vida, a Entrevista Motivacional (EM), de William Miller, psicólogo americano, que engloba abordagens terapêuticas, como a terapia centrada na pessoa e terapias breves, tendo como objetivo primordial promover a mudança de comportamento.

Indivíduos que têm dificuldade de reconhecer que precisam mudar, que recusam tratamento ou ainda que apresentem ambivalência, são os maiores beneficiados da abordagem da EM, que pode ser empregada em uma única entrevista, mas costuma ser utilizada entre 4 ou 5 encontros.

A EM é baseada na colaboração mútua entre entrevistador e entrevistado, trabalhando assim a autonomia de ambos. Em conjunto, estruturam maneiras de motivar e agir sobre determinada mudança, aumentando as chances de sucesso. Os cinco princípios básicos dessa terapêutica são: expressar empatia; desenvolver discrepância; evitar discussões; dissipar resistências e estimular a autoeficácia. Dessa forma, através da criação de vínculo interpessoal, irão reconhecendo os pontos que devem ser retificados e ratificados na busca da mudança de hábitos de vida, trabalhando ao longo do processo, conceitos de ambivalência e a autoeficácia. (DIAS; ALVES, 2012)

Em 2014, o Ministério da Saúde, lançou a segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, reunindo informações baseadas em comprovação científica, que discorre sobre a escolha dos alimentos, o preparo das refeições, o ato de comer e a compreensão e superação de obstáculos na busca por uma alimentação de qualidade. Ao final do guia, encontramos um resumo das diretrizes, através dos 10 passos para uma alimentação adequada e saudável, listadas a seguir: 1- Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação; 2- Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; 3- Limitar o consumo de alimentos processados; 4- Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados; 5- Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6- Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados; 7- Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; 8- Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece; 9- Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora; 10- Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais. (SAÚDE, 2014)

A atenção primária à saúde (APS), além de local adequado para abordar o tema da alimentação, é um excelente espaço para o incentivo a prática de atividade física (AF), devido seu contato próximo e longitudinal com a população adscrita. (PINTO; DEMARZO, 2012) Estudos mostram que mesmo contatos breves por parte dos médicos de família, aumentam os níveis de AF dos usuários. É considerado AF, todo movimento corporal que resulte em gasto energético, diferente de exercício físico, que engloba atividade física planejada, com objetivo de manter ou melhorar a aptidão física. Há dois tipos de exercícios físicos, os aeróbios, que necessitam de oxigênio para sua execução, como correr, nadar, pedalar e; os anaeróbios, que são atividades ritmadas, curtas, de alta intensidade, como musculação e saltos. (PINTO; DEMARZO, 2012) Os exercícios de alongamento muscular são auxiliares na proteção articular e no desempenho de atividades diárias, portanto, devem ser associados aos anteriores. (PINTO; DEMARZO, 2012)

A autoconfiança, citada anteriormente, parece ser o fator preditor mais importante de aderência a uma prática de AF, devendo assim, ser alimentada pela APS. A chance de aderência também aumenta quando há estimulação da prática de AF nas áreas próximas às

residências (ambiente peridomiciliar), possivelmente devido à acessibilidade e flexibilidade de horários. (PINTO; DEMARZO, 2012)

Há estudos que demonstram também, que pequenas sessões de AF (10 minutos, em média), acumuladas durante o dia, podem ser mais efetivas em relação à aderência a um estilo de vida ativo, quando comparadas com sessões de 20 a 30 minutos ou mais, sem perder a efetividade em promover melhora nos parâmetros de saúde. (PINTO; DEMARZO, 2012) Dessa forma, podemos aumentar as chances do sucesso de alterações de hábitos de vida, no que tange a prática de atividades físicas.

A promoção de caminhadas, por sua vez, demonstra grande aderência por parte dos usuários, visto que o ambiente peridomiciliar pode ser aproveitado e, independe de condição social, econômica ou de gênero. Essa prática, associada a um acompanhamento regular e longitudinal por parte da APS, aumenta a adesão e a manutenção das mudanças. (PINTO; DEMARZO, 2012)

Antes de iniciar um programa de AF, podemos avaliar os participantes por meio de dois questionários principais: Questionário de Prontoatendimento para Atividade Física (PAR-Q), que identifica aqueles que devem passar por avaliação médica mais detalhada antes de iniciar o programa e, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), da OMS, que avalia o nível de sedentarismo dos usuários. (PINTO; DEMARZO, 2012) Dessa maneira, poderemos conhecer melhor o perfil dos pacientes.

A prescrição de atividade física é uma prática que deve ser incorporada à rotina de saúde. Sendo assim, é recomendado que o médico de família tenha, no mínimo, três minutos para uma intervenção efetiva sobre AF. Além disso, as orientações devem ser reforçadas pelos membros da equipe, especialmente pelos educadores físicos, enfermeiros e agentes comunitários. O acompanhamento do que foi prescrito deve ser feito de maneira sistemática, monitorando avanços e barreiras para a efetivação da mesma. Um ambiente comunitário adequado, também é fundamental para o andamento do programa. (PINTO; DEMARZO, 2012)

Os benefícios do exercício físico para o tratamento do sobrepeso e da obesidade são visíveis, particularmente quando associado à alteração de hábitos alimentares. Pessoas com sobrepeso devem realizar, pelo menos, 30 minutos de AF de moderada intensidade, idealmente todos os dias, sendo recomendado um gasto energético entre 250 e 300 quilocalorias (kcal) por sessão. Para a perda do excesso de peso, o exercício deve ser iniciado de maneira lenta e progressiva, garantindo assim, um melhor seguimento do programa. (PINTO; DEMARZO, 2012)

As atividades físicas, portanto, ao liberarem Serotonina (hormônio produzido pelo corpo, conhecido como "molécula da felicidade"), aumentam a sensação de bem-estar, diminuem a ansiedade e a ocorrência de depressão. Sendo assim, além de promoverem o emagrecimento, diminuem o apetite, melhoram o humor, contribuem para a melhora da imunidade e ajudam a retardar o processo de envelhecimento. (METABOLOGIA, 2016)

4 Metodologia

No primeiro mês, através de revisão de prontuários, foi feito levantamento da prevalência de sobrepeso e obesidade, sendo a base incentivadora dessa intervenção, a observação direta do perfil dos usuários.

Durante os dois meses seguintes, nas reuniões semanais de equipe, foram discutidas maneiras de abordar os temas de alimentação saudável e prática de atividades físicas.

Foram convidados a participar, tanto das reuniões de equipe, como durante o andamento do projeto, em especial, a nutricionista e a psicóloga do Município, a fim de contribuírem com ideias e maneiras de abordar o tema.

Nos meses subsequentes, as agentes de saúde divulgaram, durante suas visitas, que num futuro próximo, daríamos início ao grupo de hábitos saudáveis, convidando, principalmente, usuários com sobrepeso ou obesidade.

Os auxiliares de enfermagem ficaram responsáveis por colocação de cartazes e folders na unidade, a fim de ajudarem na divulgação do grupo.

Para iniciar a atividade, a médica e a enfermeira, que ficaram à frente do grupo, reservaram em suas agendas, cerca de duas horas e meia, nas tardes das quintas-feiras, como dia pré-estabelecido para os encontros futuros.

Todas essas etapas já foram realizadas na Unidade Básica em questão. Agora seguem planos futuros.

Durante o primeiro encontro será proposta uma dinâmica de apresentação e de abordagem das expectativas das pessoas de modo a promover a identidade do grupo. Em conjunto, então, serão estabelecidos os objetivos gerais do grupo, além do cronograma para as semanas seguintes, definindo quais datas serão destinadas ao tema alimentação e quais serão para atividades físicas.

Nesse mesmo encontro, os participantes terão suas medidas checadas (peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial); além de responderem sobre comorbidades, limitações, uso de medicações, Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)(Anexo 1) e Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Anexo 2), serão aplicados ao longo do primeiro encontro, por um dos profissionais presentes, enquanto o grupo permanece em dinâmica.

Após um mês do início do grupo, os participantes serão novamente pesados, a fim de avaliar o impacto das mudanças propostas. Da mesma forma, serão pesados após três meses. Além desse parâmetro avaliado, também poderemos observar se houve mudanças no controle das comorbidades presentes no início, como DM e HAS.

5 Resultados Esperados

Esperamos promover na comunidade uma cultura de vida saudável e auxiliar efetivamente os participantes no processo de perda de peso, mostrando como iniciar a mudança no estilo de vida, estabelecendo os benefícios para a saúde e qualidade de vida.

Esperamos despertar o interesse por uma alimentação mais saudável, conhecendo melhor os alimentos que são consumidos, como agem no nosso corpo e, como podemos fazer para substituir alimentos de baixo valor nutritivo, por uma alimentação rica e balanceada, usando recursos disponíveis e acessíveis.

Também almejamos imbuir um sentimento de valorização da atividade física, de como ela é uma grande aliada na luta contra o sobrepeso e como pode melhorar a qualidade do nosso dia a dia.

Sendo assim, baseado na literatura, que diz que o sucesso no tratamento clínico depende da proporção da perda de peso e da redução dos fatores de risco presentes no início, uma intervenção terapêutica é considerada eficaz quando ocorre redução maior ou igual a 1% do peso corporal por mês, atingindo pelo menos 5% em 3 a 6 meses. Há a comprovação que diminuir de 5 a 10% do peso, ocorre redução significativa do risco de DM e doenças cardiovasculares. Portanto, a pesagem será fundamental para avaliar os resultados esperados em nível individual. ([METABÓLICA, 2010](#))

É importante ainda, manter o pensamento que os indivíduos educam-se por si; o princípio da mudança parte de cada um. O grupo tem a intenção de auxiliar, colaborar e esclarecer as dúvidas pertinentes do dia a dia. A autonomia sempre deve ser valorizada e utilizada a favor da mudança que se deseja alcançar.

Referências

- CATARINA, S. de Estado da Saúde de S. *Hospital Santa Teresa completa 72 anos*. 2016. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_phocagallery&view=category&id=72:0903-hospital-santa-teresa-completa-72-anos-e-inaugura-pavilhao-de-ortopedia&Itemid=0>. Acesso em: 12 Set. 2016. Citado na página 9.
- DIAS, R. B.; ALVES, L. Estratégias comportamentais de motivação aplicadas em intervenções de modificação de hábitos de vida com repercussões para a saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Ed.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 546–578. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- ESTATÍSTICA, I. B. D. G. E. *Cidades@*. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=421725&idtema=16&search=santa-catarina|sao-pedro-de-alcantara|sintese-das-informacoes->>. Acesso em: 12 Set. 2016. Citado na página 9.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Cidades@*. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=421725>>. Acesso em: 12 Set. 2016. Citado na página 9.
- METABOLOGIA, S. B. D. E. E. Projeto diretrizes: Obesidade: Tratamento. *Associação Médica Brasileira*, p. 3–4, 2006. Citado na página 15.
- METABOLOGIA, S. B. D. E. E. *10 coisas que você precisa saber sobre atividade física*. 2016. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/10-topicos-que-voce-precisa-saber-sobre-atividade-fisica/>>. Acesso em: 13 Set. 2016. Citado na página 18.
- METABÓLICA, A. B. P. O. E. D. O. E. D. S. Atualização das diretrizes para o tratamento farmacológico da obesidade e do sobrepeso. *ABESO*, p. 5–6, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 21.
- ORGANIZATION, W. H. *Global Database on Body Mass Index*. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.htm>. Acesso em: 12 Set. 2016. Citado na página 15.
- ORGANIZATION, W. H. *Obesity and overweight*. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 12 Set. 2016. Citado na página 15.
- PINTO, M. E. B.; DEMARZO, M. M. P. Orientação à atividade física. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Ed.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 564–578. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- PREMAOR, M. O.; COMIM, F. V.; COMPSTON, J. E. Obesity and fractures. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, p. 470–477, 2014. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. Guia alimentar para a população brasileira. *Biblioteca virtual em saúde do ministério da saúde*, p. 125–128, 2014. Citado na página 17.

SAÚDE, S. de Atenção à. Política nacional de alimentação e nutrição. *Ministério da Saúde*, p. 31–34, 2013. Citado na página [11](#).

SUPLEMENTAR, A. N. de S. Vigitel brasil 2014 saúde suplementar: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. *Ministério da Saúde*, p. 54–60, 2015. Citado na página [10](#).