



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

KARINE RISSO BARBOSA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: OBESIDADE EM ADULTOS - EXPERIÊNCIA SOBRE
GRUPOS DE OBESIDADE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO
BERNARDO DO CAMPO.

SÃO PAULO
2020

KARINE RISSO BARBOSA

PROJETO DE INTERVENÇÃO: OBESIDADE EM ADULTOS - EXPERIÊNCIA SOBRE
GRUPOS DE OBESIDADE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO
BERNARDO DO CAMPO.

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: CRISTIANE LOPES DE SOUZA

SÃO PAULO
2020

Resumo

A obesidade é um fator de risco para muitas doenças crônicas, e sua prevalência e tendências variam entre as populações. Pacientes obesos suscitam sérias preocupações sobre um futuro caracterizado por taxas crescentes de diabetes e hipertensão em todo o mundo. A fisiopatologia do diabetes mellitus tipo 2 envolve principalmente resistência à insulina. A diabetes mellitus tipo 2 está associada a múltiplos fatores de risco cardiovascular e metabólico. A presença concomitante de hipertensão e diabetes aumenta a morbidade e a taxa de mortalidade em pacientes. Os programas da unidade básica de saúde voltados a pacientes obesos visam o sucesso da evolução da população-alvo, com melhoria da qualidade de vida e das medidas de IMC por conta da redução de perda ponderal.

Palavra-chave

Estilo de Vida Saudável. Obesidade. Diabetes. Hipertensão.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A definição do termo obesidade, pode ser resumida como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde devido a sua relação com várias complicações metabólicas ¹. O balanço energético positivo da doença é o que acarreta o ganho de peso. Para realizar o cálculo da medida de obesidade em nível populacional e na prática clínica é utilizado o índice de massa corpórea (IMC). Sendo esse termo o resultado da relação entre o peso e estatura, e expresso em kg/m² ².

Nos últimos anos houve um aumento iminente na prevalência da obesidade em todo o mundo ³. Segundo o relatório de 2014 da Organização Mundial da Saúde (OMS), havia 1,9 bilhão de adultos com excesso de peso no mundo e mais de 600 milhões eram obesos. Além disso, a prevalência da obesidade e suas consequências aumentaram na última década, independentemente do status socioeconômico, da renda e dos níveis de educação dos indivíduos ⁴.

A obesidade é um fator de risco para muitas doenças crônicas não transmissíveis (DNTs), incluindo diabetes mellitus (DM) tipo 2, doenças cardiovasculares (DCV), osteoartrite e alguns tipos de câncer ³. Além de causar doenças, a obesidade reduz a capacidade funcional, definida como atividades prejudicadas da vida diária e / ou comprometimento funcional. O aumento na prevalência da obesidade suscita em sérias preocupações sobre um futuro caracterizado por taxas crescentes de diabetes e outros distúrbios associados à obesidade em todo o mundo ⁴.

O diabetes mellitus tornou-se um problema de saúde global nos últimos anos. É relatado que sua prevalência em adultos é de 8%, podendo aumentar para 10% até 2040. Mais de 90% desta população pertence ao grupo com DM tipo 2. A fisiopatologia do DM tipo 2 envolve principalmente resistência à insulina e é associada a múltiplos fatores de risco cardiovascular e metabólico ⁵. Sabe-se que a obesidade e o DM têm efeitos adversos na estrutura e função cardíaca ⁶. A obesidade emergiu como um dos fatores de risco modificáveis fortemente associados ao DM tipo 2. Em 2025, há relatos de que a obesidade, relacionada ao diabetes, aumentaria para um número alarmante de 300 milhões. É uma questão de saúde global e tornou-se um desafio, especialmente em países em desenvolvimento ⁵.

A hipertensão é outro fator de risco associado ao DM tipo 2. Sua prevalência em pacientes diabéticos é quase o dobro em comparação aos não diabéticos. A presença de hipertensão acelera o desenvolvimento de complicações em um paciente diabético, como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, retinopatia, neuropatia e nefropatia. A presença concomitante de hipertensão em um paciente diabético aumenta a mortalidade e a morbidade desses pacientes ⁵.

Embora o envelhecimento seja inevitável, a obesidade é um fator de risco modificável, com potencial de reversão ou prevenção ³. A perda de peso, em paciente diabéticos tipo II, melhora a tolerância à glicose e reduz a necessidade de drogas hipoglicemiantes. E também melhoram os efeitos benéficos refletidos no consumo de drogas anti-hipertensivas em indivíduos hipertensos ¹.

ESTUDO DA LITERATURA

Os fatores de risco para a DNTs que possuem maior relevância de associação são aqueles que envolvem o hábito de vida, que embora sejam considerados mutáveis, necessitam de estratégias de intervenção das políticas públicas que sejam duradouras, inovadoras, que para serem bem sucedidas devem considerar as desigualdades sociais e a busca da qualidade de vida da população.

A dificuldade para adesão ao tratamento, segundo o que é possível notar como profissional de saúde, é por essa doença também estar relacionada a fatores de sofrimento e dor psicossocial. Sendo assim, silenciosa, permanente e de longo curso assintomático, lento e progressivo, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e de inúmeras determinações, com forte componente ambiental. Sendo assim, diferente da definição de doença perante aos termos tradicionais da medicina ⁷.

Nota-se também que o padrão de alimentação mundial mudou ao substituir alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal por industrializados ou ultraprocessados para consumo rápido. Essas alterações refletem consequências como o desequilíbrio na oferta de nutrientes e no aumento da ingestão de calorias, desencadeando a incidência da obesidade ⁸.

A fim de construir estratégias que objetivam uma educação alimentar e nutricional, a Política Nacional de Promoção de Saúde, realizou diretrizes que unificam informações seguras e confiáveis, por meio do Guia Alimentar Para a População Brasileira. Com o intuito de orientar a população a obter práticas alimentares como parte da integralidade dos cuidados à saúde, como prevê o Sistema Único de Saúde, direito humano esse à alimentação adequada e saudável ⁸.

AÇÕES

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal sobre a avaliação de dados coletados dos pacientes obesos que possuem hipertensão, diabetes e os sem comorbidades associadas e que frequentaram o grupo Vivacidade.

Local

Este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde de São Bernardo do Campo, no interior do Estado de São Paulo.

População

A população deste estudo foi constituída por obesos hipertensos, diabéticos e sem comorbidades associadas, pertencentes à área de abrangência e que fazem acompanhamento na unidade em questão. Foram excluídos desta pesquisa pacientes menores de 18 anos e do sexo masculino.

Coleta de dados

Foram avaliados sexo, idade, peso, altura, IMC, comorbidades associadas, hipertensos, diabéticos, datas dos encontros, dias de acompanhamento e grau de obesidade dos pacientes obesos participantes do grupo Vivacidade.

Apresentação e tratamento dos dados

Os dados obtidos foram agrupados e relacionados segundo os objetivos deste estudo. Os resultados, por pertencerem a um censo, foram tratados em função de índices absolutos e percentuais e apresentados em tabelas, procurando-se agrupar os dados em categorias semelhantes,

Ações

Orientar profissionais da UBS a informar aos obesos a importância de participar do grupo Vivacidade, fomentando a adesão da população.

Capacitar médicos e enfermeiros a identificarem pacientes que apresentam fatores de risco para obesidade e descompensação para diabetes e hipertensão.

Avaliar os dados métricos dos pacientes durante os encontros, para analisar a evolução do paciente. Sendo abordados temas específicos em cada reunião, discutidos pela psicóloga, nutricionista, médico e educador físico de extrema importância para o tratamento na perda de peso desses pacientes.

Primeiramente foram solicitados exames como hemograma, colesterol total e frações, glicemia de jejum, triglicérides e avaliados em consulta médica a princípio.

Os temas reforçados pelos profissionais foram a respeito da alimentação, como a diferença entre gordura, óleos, sal e açúcar, quais alimentos são fontes de proteínas, carboidratos, fibras e discutido a respeito de como influenciam na evolução de HAS e de DM tipo 2. Foi orientado a todos participantes a elaborarem um cardápio diário e discutirem em sala de reunião.

Baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira, foi informado aos pacientes, os principais passos para obter uma alimentação saudável, logo:

- ♦ Tornar os alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação;
- ♦ Consumir óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
- ♦ Diminuir a ingesta de alimentos processados;
- ♦ Restringir o consumo de alimentos ultraprocessados;
- ♦ Realizar refeições de forma regular e com atenção, em ambientes adequados e, sempre que possível, com companhia;
- ♦ Comprar em locais que oferecem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados;
- ♦ Estudar, exercitar e compartilhar habilidades culinárias;
- ♦ Planejar um tempo específico para se alimentar com calma;
- ♦ Priorizar locais que oferecem alimentos feitos na hora;
- ♦ Buscar se há veracidade nas informações a respeito de mensagens sobre alimentos ligadas às propagandas comerciais;

Também foi aplicado pela psicologia, a Auriculoterapia para melhora da ansiedade e compulsão alimentar com avaliação antropométrica e orientação do educador físico para execução de atividades físicas regulares.

RESULTADOS ESPERADOS

Tabela 1. Pacientes avaliados no grupo Vivacidade 1 e Vivacidade 2

ÍNDICE	DATA INICIAL	PESO INICIAL	IMC INICIAL	DATA 2	PESO 2	IMC 2	DATA 3	PESO 3	IMC 3	DATA 4	PESO 4	IMC 4	DATA 5	PESO 5	IMC 5
1	20/set/19	103,55	35,00	28/11/2019	102,70	34,71									
2	01/ago/19	115,30	40,37	20/09/2019	106,65	37,34	27/09/2019	104,00	36,41	25/10/2019	101,30	35,47	28/11/2019	99,40	34,80
3	01/ago/19	81,00	31,64	20/09/2019	79,00	30,86	27/09/2019	77,55	30,29	25/10/2019	77,25	30,18	28/11/2019	79,55	31,07
4	01/ago/19	99,00	41,74	20/09/2019	96,95	40,88	27/09/2019	97,00	40,90	25/10/2019	98,25	41,43	28/11/2019	97,90	41,28
5	01/ago/19	85,00	30,48	20/09/2019	84,00	30,12	27/09/2019	84,15	30,17	25/10/2019	84,75	30,39			
6	20/set/19	66,00	35,68	25/10/2019	66,55	35,98	28/11/2019	67,00	36,22						
7	01/ago/19	73,00	32,02	20/09/2019	73,00	32,02	27/09/2019	72,55	31,82						
8	23/jan/20	109,95	36,74	06/02/2020	109,80	36,69	05/03/2020	109,50	36,59						
9	09/jan/20	125,60	41,01	06/02/2020	124,60	40,69	05/03/2020	126,85	41,42						
10	23/jan/20	81,00	32,04	06/02/2020	83,20	32,91	05/03/2020	85,20	33,70						
11	23/jan/20	77,55	33,13	06/02/2020	76,45	32,66	05/03/2020	74,85	31,97						
12	23/jan/20	120,00	44,08	06/02/2020	118,00	43,34	05/03/2020	116,70	42,87						
13	09/jan/20	75,00	31,22	06/02/2020	74,90	31,18	05/03/2020	76,10	31,68						
14	09/jan/20	64,00	30,44	06/02/2020	61,65	29,32	05/03/2020	61,80	29,39						
15	23/jan/20	115,00	49,13	06/02/2020	114,35	48,85	05/03/2020	114,75	49,02						

A Tabela 1 evidencia os dados aferidos em relação a cada paciente durante o processo de estudo nos grupos de 2019 e 2020, portanto Vivacidade 1 e Vivacidade 2, respectivamente. Os critérios utilizados foram a data dos encontros, Peso e IMC, de acordo com cada encontro. Diante deste esboço, é possível analisar a diferença entre o Peso e IMC iniciais e finais, durante o período e os resultados finais.

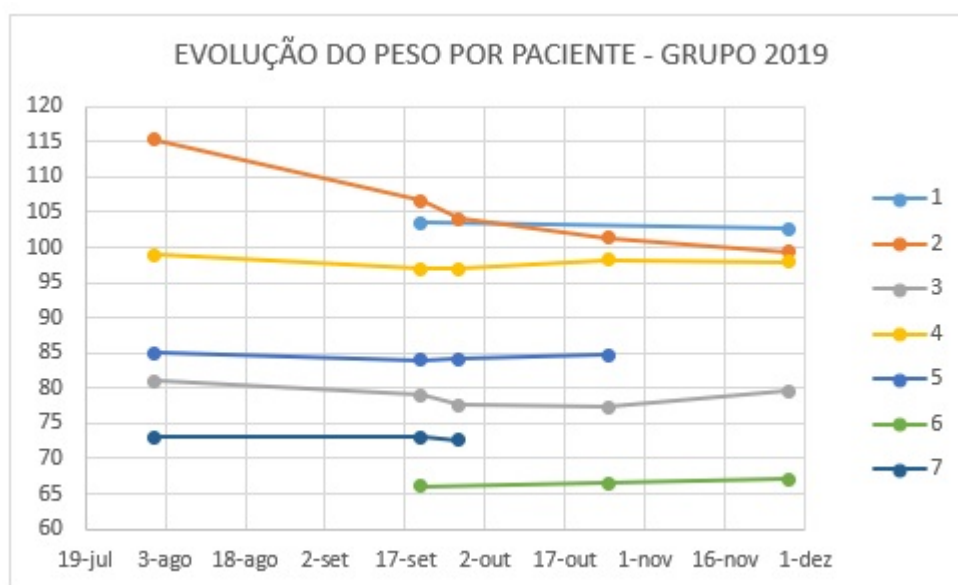


Gráfico 1. Peso (Kg) dos pacientes IMC durante o período de estudo de 2019.

No Gráfico 1 foi relacionada a mudança do peso de cada paciente em relação aos encontros realizados no período de 2019 com a Tabela 1, sendo evidente que a maioria dos pacientes obteve perda de peso, e a maior perda obtida foi pelos pacientes de número 2 e 7. E o paciente referente ao número 6 ganhou peso, sendo que compareceu em apenas três dos cinco encontros, contribuindo para o resultado contrário ao esperado pelo estudo.

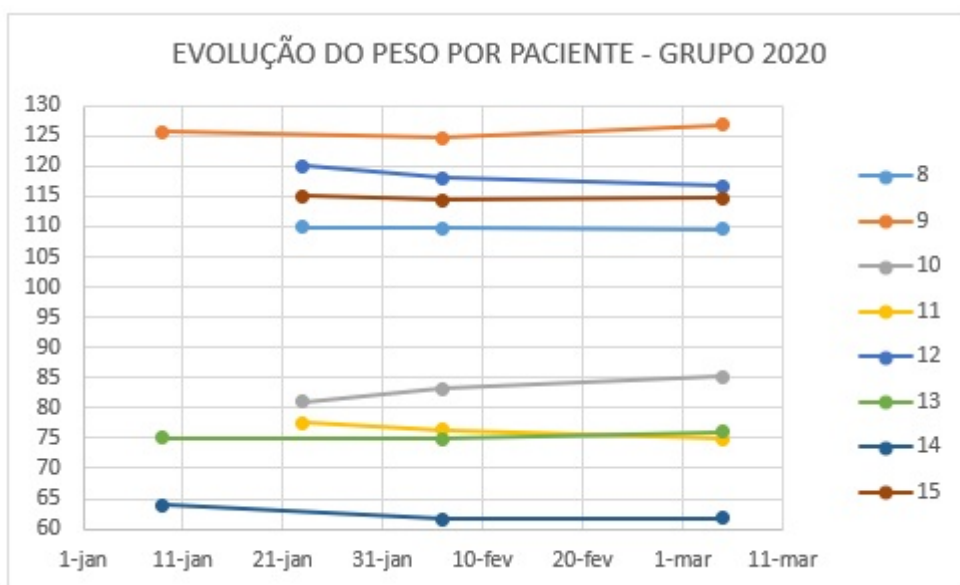


Gráfico 2. Peso (Kg) dos pacientes durante o período de estudo de 2020.

No Gráfico 2 (período de 2020), nota-se que também a maioria dos pacientes obteve perda de peso, sendo a maior perda obtida pelos pacientes de número 11, 12 e 14. E os pacientes referentes ao número 9, 10 e 13 adquiriram peso até o final do estudo. Ressalta-se que este grupo foi interrompido em 5 de março de 2020, por conta da Pandemia do Covid-19, logo não foi possível obter o resultado final deste grupo.

Tabela 2. Estatística descritiva.

Total participantes:	15
Sexo Feminino:	15 (100%)
Sexo Masculino:	0 (0%)
Média de Idade (anos):	42,27
Desvio Padrão de Idade:	11,39
Peso Médio Inicial (kg):	92,73
Desvio Padrão de Peso inicial:	20,86
Peso inicial máximo:	125,60
Peso inicial mínimo:	64,00

A Tabela 2 demonstra os dados avaliados para o estudo dos grupos, como sexo, média de idade (anos), desvio padrão de idade, peso médio inicial (kg), desvio padrão de peso inicial, peso inicial máximos e mínimos. Diante deste, é visto que todos os pacientes que participaram dos grupos são do sexo feminino, isso porque os pacientes masculinos convocados não optaram por participar por justificativas particulares.

E, além disso, foi obtido que a maioria das pacientes possuem por volta de 42 anos de idade, com diferença de idade entre os participantes de aproximadamente 11,39 anos, sendo que o peso inicial máximo analisado foi 125,60 kg e o mínimo de 64kg. Logo, o peso médio inicial entre elas foi de 92,7 kg, sendo o desvio padrão de peso inicial de 20,86 kg. Esses dados indicam um perfil de idade e peso das participantes do estudo.

Tabela 3. Presença de comorbidades no grupo.

Comorbidade	Quantidade	Percentual
HAS	10	67%
DM	3	20%
DISLIPIDEMIA	9	60%
HIPOTIREOIDISMO	4	27%
LOMBALGIA	12	80%
GONARTROSE	9	60%
LESÃO DE OMBRO	9	60%

Na Tabela 3, é compreendido os números e as porcentagens de comorbidades presentes nos pacientes estudados. Por meio deste, é delineado que a maioria, 80 % desses integrantes possuem uma queixa comum de lombalgia e 67% deles tem diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Outro diagnóstico associado com a Obesidade é a Dislipidemia sendo presente em 60%, assim como Gonartrose e Lesão do Ombro. Sendo o Hipotireoidismo presente em 27 % desses e a DM tipo 2, em 20 % dos estudados.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes pelo grau de obesidade.

Grau de Obesidade	Quantidade	Percentual
Obesidade Grau I ($30 \leq \text{IMC} < 35$)	7	47%
Obesidade Grau II ($35 \leq \text{IMC} < 40$)	3	20%
Obesidade Grau III ($\text{IMC} \geq 40$)	5	33%

A Tabela 4 avalia a verificação dos valores de Peso (kg) e Altura (m) dos pacientes durante o desenvolvimento do grupo, sendo possível verificar a mudança do IMC (Tabela 4). Logo assim, no final do estudo a maioria dos integrantes 47% são classificados em Obesidade grau I pelos critérios da tabela acima e 33% desses se encaixam no diagnóstico de Obesidade grau III. Por fim a minoria, 20% se enquadra na classificação de Obesidade Grau II.

Tabela 5. Resultados finais por paciente do grupo Vivacidade.

Paciente	Altura (cm)	Peso Inicial (kg)	Peso Final (kg)	Dias de Acompanhamento	Número de Encontros	Diferença de Peso	IMC INICIAL	GRAU OBESIDADE INICIAL	IMC FINAL	GRAU OBESIDADE FINAL	ALTERAÇÃO
1	173	110	110	42	4	-0,45	36,74	2	36,59	2	NÃO
2	175	126	127	56	4	1,25	41,01	3	41,42	3	NÃO
3	159	81	85	42	4	4,20	32,04	1	33,70	1	NÃO
4	153	78	75	42	4	-2,70	33,13	1	31,97	1	NÃO
5	165	120	117	42	4	-3,30	44,08	3	42,87	3	NÃO
6	155	75	76	56	4	1,10	31,22	1	31,68	1	NÃO
7	145	64	62	56	4	-2,20	30,44	1	29,39	0	SIM
8	153	115	115	42	4	-0,25	49,13	3	49,02	3	NÃO
9	172	104	103	69	2	-0,85	35,00	2	34,71	1	SIM
10	169	115	99	119	5	-15,90	40,37	3	34,80	1	SIM
11	160	81	80	119	5	-1,45	31,64	1	31,07	1	NÃO
12	154	99	98	119	5	-1,10	41,74	3	41,28	3	NÃO
13	167	85	85	85	5	-0,25	30,48	1	30,39	1	NÃO
14	136	66	67	146	3	1,00	35,68	2	36,22	2	NÃO
15	151	73	73	57	3	-0,45	32,02	1	31,82	1	NÃO

Na Tabela 5, é apontado parâmetros de altura, peso inicial e final, dias de acompanhamento, números de encontros. A partir da relação desses, foi obtido diferença ponderal, IMC inicial e final e grau de obesidade inicial e final. Dessa forma, os resultados apontam que a maioria teve perda ponderal discreta, contudo não sendo o suficiente para alterar o grau de obesidade e IMC finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ✦ A maioria dos pacientes obtiveram perda de peso discreta, ou seja, 73,33%, todavia 26,66% dos estudados mostraram ganho de peso.
- ✦ Analisado que dos pacientes estudados, 80% possuem queixa de lombalgia, 67% são hipertensos, 60% possuem dislipidemia e 27% são hipotireoideos.
- ✦ Quanto ao grau de obesidade, 47% se enquadram no grau I, 33% no grau III e 20% no grau II.
- ✦ A maioria dos pacientes adquiriu conhecimento para escolher uma alimentação mais saudável, por meio das informações guiadas pelo Ministério da Saúde e suas diretrizes nutricionais baseadas no Guia Alimentar para População Brasileira.
- ✦ A maioria demonstrou-se estimulada para permanecer com novos hábitos alimentares e práticas de atividades físicas regulares.
- ✦ O número de faltas presenciais nos encontros do grupo desfavoreceram resultados positivos para a perda ponderal.
- ✦ O acontecimento da Pandemia do Covid-19 cessou os encontros do grupo, portanto impossibilitou a continuação desse estudo, desfavorecendo os resultados esperados.
- ✦ O conceito de obesidade aliado ao sofrimento psicossocial, abrange obstáculos para a perda ponderal, uma vez que necessita também de cuidados com especialistas para tratamento da saúde mental.
- ✦ A maioria não teve alteração significativa do IMC, logo do grau de obesidade.
- ✦ O estudo composto foi apenas por mulheres obesas, sendo válido apenas para análise de

- * pacientes do sexo feminino.
- * As longas jornadas de trabalho exercidas pelas pacientes obteve impacto negativo para o comparecimento presencial nos encontros e na disciplina da prática diária de atividades físicas e favoreceram escolhas para consumo de alimentos de rápida prontidão e baixo custo.
- * A precariedade de políticas e ações brasileiras que visem o aumento da renda dos mais pobres, à universalização do acesso à educação e a serviços de saúde para promoção da democracia aos direitos humanos, inviabilizam o consumo de alimentos saudáveis por terem alto custo.

REFERÊNCIAS

AL-RADDADI, R. et al. The prevalence of obesity and overweight, associated demographic and lifestyle factors, and health status in the adult population of Jeddah, Saudi Arabia. **The Adv Chronic Dis**, v. 10, p. 2040622319878997, 2019. ISSN 2040-6223. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31632623> >. 3*

ANJOS, L. A. [Body mass index (body mass/body height-2) as indicator of nutritional status in adults: review of the literature]. **Rev Saude Publica**, v. 26, n. 6, p. 431-6, Dec 1992. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1342535> >. 2*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília : Ministério da Saúde: MS 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Obesidade / Cadernos de Atenção Básica nº12. MS: 108 p. 2016. 7*

CHAUDHARY, G. M. D. et al. Association of Obesity Indicators with Hypertension in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. **Cureus**, v. 11, n. 7, p. e5050, Jul 2019. ISSN 2168-8184. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31511803> >.5*

ELLULU, M. S. Obesity, Hypertension, and Type-2 Diabetes Mellitus: The Interrelationships and the Determinants among Adults in Gaza City, Palestine. **Osong Public Health Res Perspect**, v. 9, n. 6, p. 289-298, Dec 2018. ISSN 2210-9099. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30584492> >.4*

HOMAN, E. A. et al. Clinical Overview of Obesity and Diabetes Mellitus as Risk Factors for Atrial Fibrillation and Sudden Cardiac Death. **Front Physiol**, v. 9, p. 1847, 2018. ISSN 1664-042X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30666210> >. 6*

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva, Switzerland 1995. 1*