

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dayane Gonçalves Sete Dambros

**IMPACTO DA PERDA PONDERAL NA QUALIDADE DE VIDA E
COMORBIDADES DE PACIENTES OBESOS NA ESF SÃO JOÃO DE
URUGUAIANA**

**Uruguaiiana, RS
2017**

Dayane Gonçalves Sete Dambros

**IMPACTO DA PERDA PONDERAL NA QUALIDADE DE VIDA E
COMORBIDADES DE PACIENTES OBESOS NA ESF SÃO JOÃO DE
URUGUAIANA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Dra. Cátia Maria Justo

**Uruguaiana, RS
2017**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios da NCEP/ATO III.....	09
Tabela 2 – Proposta da <i>American Heart Association e do National Heart, Lung and Blood Institute</i> para o tratamento da SM	100

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE A – Projeto de intervenção	222
---	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇAS DE DOENÇAS	12
4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	16
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Dayane Gonçalves Sete Dambros, 27 anos, casada, natural de Guanhães – Minas Gerais, sou a filha mais nova entre três irmãos, a segunda a escolher pela carreira médica. Graduei em medicina, no Centro Universitário de Caratinga, UNEC, em 2014. Desde então, iniciei trabalhando em cidades vizinhas a minha terra natal, em Estratégia de Saúde da Família, plantões hospitalares na área de urgência e emergência e por fim em uma empresa de UTI móvel com deslocamento de pacientes graves para grandes centros. Atualmente, estou atuando em uma ESF na cidade de Uruguaiana – Rio Grande do Sul, pelo PROVAB.

Uruguaiana é uma cidade de aproximadamente 140.000 habitantes, o grande alicerce da economia é a atividade agropecuária, mais especificamente a criação de bovinos e a produção de arroz. As atividades descritas não são daquelas que contribuem para a redistribuição de renda. O acesso aos frutos da produção fica restrito a uma pequena parcela da população. A maioria da população é constituída de servidores públicos, sejam militares (trata-se de área estratégia de fronteira) ou civis (por se tratar de região aduaneira, muitas atividades de polícia administrativa são desempenhadas na região), servidores municipais e estaduais e subempregos, sejam formais ou informais, mas na grande maioria de pequena complexidade, o que acarreta a percepção de rendimentos insatisfatórios (DATASUS, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) bairro São João, conta com uma população adscrita 10.474 habitantes (CENSO, 2010). Trata-se de um bairro periférico, de baixo poder aquisitivo, onde a maioria das residências não contam com saneamento básico, em contrapartida, o acesso a energia elétrica é praticamente universal. Algumas residências apresentam difícil acesso, visto que algumas se localizam em pequenos corredores ou vielas, não havendo possibilidade do trânsito de carros. Pavimento nas ruas em sua maioria é não asfáltico.

Há grande quantidade de crianças, devido ao alto índice de fecundidade nesta região, principalmente mulheres na faixa etária de 15 a 25 anos, sendo a maioria não planejada. Um grande número de pessoas, em idade economicamente ativa, desempregadas, além de ser pouca a oferta, as pessoas não têm a qualificação adequada e quando as têm, são remuneradas com poucos salários.

Através da territorialização e das demandas de pacientes atendidos diariamente na ESF, fez-se o diagnóstico da população, que é, em sua maioria portadores de doenças crônicas como Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica concomitante com algum grau de obesidade; transtorno de humor depressivo; domiciliados, gestantes e crianças. A agenda médica, devido

á elevada demanda de gestantes e acamados foi separados turnos exclusivos para esse tipo de atendimento. Ademais são realizados grupo com hipertensos e diabéticos uma vez por mês para realização de prevenção, promoção da saúde além das trocas de experiências entre os pacientes. Que são realizados sempre em uma das três escolas presentes no território.

Como rede de apoio, apesar não ter o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) implantado na cidade atualmente, tem grupos de apoio às ESFs composta por educadores físicos, nutricionistas e dentistas. E atendimentos de pediatra, ginecologista e obstetra, psiquiatra, dermatologia, dentre outras especialidades na policlínica municipal, que dão suporte às ESF's também, ajudando a prática dos princípios fundamentais da Atenção Básica: longitudinalidade, resolutividade e integralidade dos cuidados dos pacientes.

O Projeto de Intervenção realizado, em anexo, tendo como título, Impacto da perda ponderal, na qualidade de vida e nas comorbidades de pacientes obesos. A escolha desse tema para o projeto advém da elevada prevalência de sobrepeso e obesidade na população do ESF São João, os quais aumentam de sobremaneira os riscos de desenvolvimento de diversas patologias, justificando a importância de se iniciar uma intervenção onde reduzam substancialmente as comorbidades dessa população adscrita.

O projeto se deu através de ações de estímulo a perda de peso com uma dieta hipocalórica e de baixo custo, com reuniões mensais de apoio e catalogação dos dados antropométricos desses, a exemplo de: peso, Pressão arterial, IMC, medida da circunferência abdominal. E ao final do projeto diante do banco de dados, foi possível verificar se houve ou não mudanças dos diversos indicadores e suas consequências clínicas e laboratoriais para aqueles que tiveram o comprometimento de seguir o programa até o final.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente M. B. S de 56 anos, casado, atendi na ESF com o quadro de obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para renovação de receita, porém quando de rotina, fui observar os parâmetros da triagem, percebi que se encontravam todos acima dos limites de normalidade: pressão arterial 190x110mmHg, glicemia capilar de jejum 279mg/ml, peso 139kg, IMC (Índice de Massa Corporal) de 49,8% e circunferência abdominal de 134 cm, notei então, que se tratava de paciente descompensado, com SM (síndrome metabólica), a qual irei abordar posteriormente. Então questionei sobre sua história patológica pregressa, familiar, social e alimentar. Relatando então, uso incorreto das medicações contínuas, ausência de aferições de pressão arterial e glicemia capilar domiciliares de controle e de dieta para redução ponderal e glicêmica. Detalhe de toda a abordagem que chamou atenção foi a negação da doença, devido a ausência de sintomas físicos.

Primeiramente fiz explicações a respeito da Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica, sobre seu padrão silencioso, progressivo e a importância da adesão correta ao tratamento, concomitantemente realização da mudança do estilo de vida através de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física regulares, para prevenção das lesões de órgãos-alvos seja elas lesões micro ou macro vasculares e redução do risco cardiovascular. Para finalizar essa primeira abordagem, auxiliei no entendimento do uso de suas medicações, prescrevi uma dieta hipocalórica e de baixo custo, solicitei exames laboratoriais de rotina como perfil lipídico e glicêmica, função renal e hepática, além de requisitar a registro dos valores da PA e HGT domiciliares. Agendei seu retorno em 15 (quinze) dias para avaliação, darmos continuidade ao tratamento e retirada de possíveis dúvidas.

Paciente é casado há 35 anos, sua esposa tem 54 anos, muito solícita e preocupada com a situação do marido, possuem três filhas, a primeira, 32 anos, casada, é a que mais se preocupava com os assuntos referentes ao pai e morava ao lado da casa dos seus genitores, possui dois filhos que ficam durante o dia com seus avós para poder trabalhar, a segunda filha tem 30 anos de idade, casada, morava em uma cidade vizinha, e possuía 3 filhos, visitava seus pais com uma frequência mensal e por fim a terceira e última filha, 27 anos, solteira, morava na capital finalizando seus estudos (ANEXO A).

Após quinze dias paciente retornou à consulta, acompanhado de sua filha mais velha, apresentando PA:150x100mmHg e glicemia capilar de 163mg/dl e o mais surpreendente, com a perda ponderal de 4 kg e com uma enorme satisfação de ter conseguido dar esse primeiro passo no tratamento, através do uso correto das medicações e a realização da dieta para perda

ponderal. Na avaliação dos exames laboratoriais encontra-se com uma dislipidemia mista, Colesterol total 350mg/dl HDL 39mg/dl, Triglicérides 232mg/dl, e claro com alterações glicêmicas já esperadas, Glicemia jejum 287 e HbA1C (Hemoglobina glicada) 8,5%, apresentou função renal e hepática normais. Mantive orientações da última consulta, adicionei um anti-hipertensivo, para melhor controle glicêmico acrescentei uma sulfonilureia às suas medicações, além do AAS e estatina, e agendei retorno em 15 dias novamente.

Em seu segundo retorno, paciente se encontrava bastante confiante e consciente da sua situação, apresentando em suas aferições domiciliares, o controle de seus valores pressóricos e melhora dos valores glicêmicos, então pedi que retornasse em 30 dias, para realizarmos acompanhamentos mensais, e repetição em 3 (três) meses, dos exames laboratoriais que tiveram os valores anormais.

Após três meses de acompanhamento, paciente encontra-se com controle pressórico regular e glicêmico esperado para diabético, perda ponderal de 16 kg representando uma perda ponderal maior que 10% do seu peso inicial, circunferência abdominal de 122cm, e os exames laboratoriais alcançaram valores surpreendentes: colesterol total: 190mg/dl HDL: 62 triglicérides: 165mg/dl HbA1C: 6,8% Glicemia jejum: 122 mg/dl. Animado com os resultados, manteve firme no propósito e deu seguimento ao tratamento nas consultas mensais.

A síndrome metabólica, foi primariamente descrita em 1988 por Reaven, sendo caracterizada por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, dentre eles: tolerância anormal à glicose, dislipidemia aterogênica, obesidade visceral e hipertensão. Condições essas, muito associadas com resistência à insulina (FERREIRA, 2011).

A etiologia e os mecanismos de sua fisiopatologia ainda não são bem determinados, porém, é consenso a multifatorialidade de sua patogênese, que se desenvolve a partir de uma complexa interação de fatores genéticos, metabólicos e ambientais (PINHO, 2014).

Estima-se que os pacientes que apresentam a SM têm aumento de 2 (duas) vezes o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular, de 5 (cinco) vezes a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e em cerca de 1,5 e 2,5 vezes a mortalidade geral e cardiovascular da população, representando, portanto, um sério problema de saúde pública da atualidade, com relevantes repercussões na prática clínica (FERREIRA, 2011).

A síndrome metabólica representa a anormalidade metabólica mais encontrada na atualidade, estimando que a prevalência mundial em adultos seja entre 20 e 25%, e no Brasil entre 18 e 30%, variando de acordo com a região, sendo mais evidenciada a medida em ocorre a elevação da faixa etária e quando coexistem determinadas doenças, a exemplo da DM, HAS e obesidade. Além da alta prevalência das doenças metabólicas e cardiovasculares, é

preocupante o fato delas estarem se tornando cada vez mais frequentes, além de suas complicações crônicas comprometem a qualidade de vida e a sobrevivência dessa população (TEIXEIRA et al., 2008; FREITAS, 2009).

Apesar da importância clínica da SM, por vezes ela não é diagnosticada em fases iniciais sendo, portanto, detectada em fases tardias, quando já se tem complicações cardiovasculares ou manifestações de DM. Comprovando então a importância de uma avaliação precoce dos riscos para então traçar estratégias terapêuticas específicas, para prevenir, diminuir a incidência ou retardar a progressão da SM (PINHO, 2014).

Existem várias definições para a Síndrome Metabólica, porém a da NCEP/ATP III (National Cholesterol Education Program/Adult Treatment Panel III) é a mais amplamente usada, tanto em estudos epidemiológicos como na prática clínica. Sendo diagnosticada a SM quando três dos seguintes critérios, estiverem presentes (PENALVA, 2008).

Tabela 1 – Critérios da NCEP/ATO III

Parâmetro	Número de alterações ≥ 3 de:
Glicose	≥ 100 mg/dL ou em tratamento para hiperglicemia
HDL-colesterol	Homens: < 40 mg/dL ou em tratamento para HDL baixo Mulheres: < 50 mg/dL ou em tratamento para HDL baixo
Triglicérides	≥ 150 mg/dL ou em tratamento para triglicérides elevados
Obesidade	Cintura ≥ 102 cm para homens ou ≥ 88 cm para mulheres
Hipertensão	$\geq 130 \times 85$ mmHg ou em tratamento medicamentoso para HAS

A ATP III propõe que o alvo principal do tratamento da síndrome seja a obesidade. A perda ponderal melhora o perfil glicêmico, lipídico e reduz a pressão arterial, ademais melhora a sensibilidade à insulina, diminuindo o risco de doença aterosclerótica. O tratamento deve iniciar com as modificações do estilo de vida: hábitos alimentares saudáveis, aumento da atividade física, devendo uma dieta aterogênica ser evitada. A dieta recomendada é composta por carboidratos complexos e integrais, proteínas e gorduras em menor quantidade, sempre dando preferência às gorduras mono e poli-insaturadas. Além de uma ingestão controlada de sódio, que tem um importante impacto no controle da PA (PENALVA, 2008).

A adesão a um plano alimentar saudável é de suma importância no tratamento da síndrome, o qual deve ser individualizado e prever uma diminuição de peso sustentável de 5% a 10% de peso corporal inicial. Devendo fornecer um valor calórico total (VCT) compatível com a obtenção e/ou manutenção de peso corporal desejável, no caso dos obesos, a dieta deve ser hipocalórica, com uma redução de 500kcal a 1000kcal do gasto energético total (GET)

diário previsto ou contabilizado através do recordatório alimentar, com o objetivo de promover reduções ponderais de 0,5kg a 1,0kg/semana. Um método prático para o cálculo do GET é utilizar 20kcal a 25kcal/kg peso atual/dia. Não recomendar a utilização de dietas inferiores a 800kcal, pois não são efetivas para a redução ponderal (SBC, 2005).

Em relação à atividade física, é recomendado praticar pelo menos 30 (trinta) minutos de atividade aeróbica de moderada intensidade, diariamente. Ainda que o exercício físico não promova uma perda de peso representativa, existem evidências da redução do tecido adiposo visceral e melhora da homeostase da glicose, que promove na musculatura em atividade, o transporte de glicose e a ação da insulina. Ademais, melhora o perfil lipídico, diminuindo os triglicérides e elevando os níveis de HDL-colesterol (CORNIER et al., 2008).

Além do tratamento da obesidade, quando não há melhora dos componentes da SM, mesmo com as mudanças de estilo de vida, o tratamento medicamentoso se faz necessário, para a redução do risco de doença aterosclerótica. Atualmente ainda não se tem nenhuma droga específica para realização do tratamento da SM. As referências para o tratamento medicamentoso devem seguir os guidelines determinado para cada fator de risco. A exemplo: no tratamento da dislipidemia aterogênica realiza-se o uso das estatinas ou fibratos, uso de anti-hipertensivos no tratamento de HAS e antidiabéticos no tratamento da hiperglicemia.

Tabela 2 se refere aos objetivos no tratamento da SM (PENALVA, 2008).

Tabela 2 – Proposta da *American Heart Association e do National Heart, Lung and Blood Institute* para o tratamento da SM

	Objetivos
Estilo de vida	
Obesidade Abdominal	Ano 1: Reduzir o peso corporal em 7-10%
Sedentarismo	Depois, tentar alcançar o IMC < 25 Kg/m ²
Dieta aterogênica	Mínimo de 30' de exercício moderado/intenso, no min. 5x/semana ↓ gordura saturada, ↓ gordura trans, ↓ colesterol
HAS	Reduzir a pressão arterial para < 140 x 90 mmHg
Hiperglicemia	Glicemia de jejum alterada: ↓ peso e ↑ atividade física DM2: Manter HbA1C < 7%
Estado pró-trombótico	AAS em baixas doses para pacientes de alto risco

Em suma, como vimos no paciente relatado, ele apresentava todos os critérios para diagnóstico de síndrome metabólica, glicemia jejum 287mg/dL, HDL:45mg/dL, triglicérides 232mg/dL, PA: 190x110mmHg e circunferência abdominal: 134 cm, representando um risco

cardiovascular elevado, onde foi estimulada a mudança no estilo de vida, com o objetivo primário de perda de peso, e adequando as doses das medicações já em uso.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇAS DE DOENÇAS

Paciente D. G. S. cinco anos, sexo feminino, veio acompanhada de sua mãe, a qual relatou que a filha, há uma semana estava apresentando lesões na pele, que iniciaram em região perioral e evoluiu progressivamente para outras partes do corpo, associado a prurido. Ao exame físico: presença de lesões hiperemiadas e crostosas em membro superior direito- MSD, tronco e coxa esquerda. Portanto, se tratava de um clássico quadro clínico de impetigo, que por se apresentar de forma disseminada, optei pelo tratamento sistêmico, e aproveitei para realização da abordagem de hábitos de higiene da criança para prevenção de novos quadros similares.

Ademais a paciente apresentava mucosas hipocoradas ++/4+, hidratada, acianótica. Peso e altura encontravam-se normais para idade, anotei no gráfico de crescimento e desenvolvimento em sua carteira vacinal, a qual encontrava-se desatualizada, ou seja, com vacinas atrasadas. Como se tratava de uma criança com acompanhamento clínico ausente, maus hábitos alimentares, aproveitei a oportunidade para solicitação de hemograma, EPF e atualização da carteira vacinal com o corpo de enfermagem do posto.

Em dez dias a criança retornou ao consultório, desta vez acompanhada pelo pai, apresentando melhora clínica das lesões de impetigo, e portava os resultados dos exames laboratoriais solicitados, os quais constei uma anemia microcítica e hipocrômica e negatividade no exame parasitológico de fezes. Iniciei, por conseguinte o tratamento com sulfato ferroso e orientei alimentação rica em ferro. E retorno em dois meses para repetição do hemograma, o qual após o tratamento regular, foi normalizado, porém manteve a prescrição sulfato ferroso para reposição de estoques de ferro.

Essa criança que havia chegado com a queixa de um agravo a saúde, que era o impetigo, foi realizado oportunamente, a consulta de puericultura com avaliação do seu crescimento, desenvolvimento e atualização do cartão vacinal. Após o diagnóstico fez-se necessário o tratamento da anemia ferropriva a qual era portadora. Em seguida dissertarei um pouco sobre esses assuntos.

A puericultura, tem como objetivo a promoção do acompanhamento sistemático da criança, com avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, com a finalidade de promover e manter a saúde, reduzindo as incidências de doenças e aumentando as chances de esta desenvolver e crescer, de modo a alcançar todo o seu potencial (FUGIMORI, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda que a consulta de puericultura consista em uma avaliação integral da saúde da criança de 0 a 6 anos, onde será avaliado o peso, estatura, crescimento e desenvolvimento, imunizações, estado nutricional, desenvolvimento

neuropsicomotor e intercorrências. Há ainda, a necessidade de realizar a orientação do cuidador, da mãe ou familiar sobre os cuidados que a criança deve ser submetida tais como: higiene, vacinação, alimentação e estímulos, registrando todos os procedimentos no cartão da criança (BRASIL, 2005).

Impetigo é uma infecção bacteriana superficial, que ocorre com mais frequência em crianças, os dois principais agentes causadores são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A. A inoculação é facilitada por picadas de inseto, escoriações na pele e traumas. O diagnóstico é puramente clínico, de acordo com a anamnese e o exame físico que pode se caracterizar como não-bolhoso ou bolhoso (BRASIL, 2012).

O impetigo não bolhoso usualmente inicia-se com lesões eritematosas, logo após, ocorre a formação de vesículas e pústulas que rapidamente eclodem criando áreas erosadas com as específicas crostas de coloração amarelada, e se distribuem preferencialmente na face, nádegas, braços e pernas. A duração das lesões do impetigo são dias ou semanas e quando não devidamente tratadas podem abranger a derme, formando o ectima, com crosta hemorrágica e ulceração extensa. O impetigo bolhoso, são bolhas e vesículas que desenvolvem em peles normais, sem a presença de eritema ao redor. Normalmente se localizam em face, mãos, tronco, coxas, nádegas, áreas intertriginosas, tornozelo ou dorso dos pés. De conteúdo seroso ou seropustulento desseca-se, gerando uma crosta amarelada, característica do impetigo. Quando não tratada a lesão tem tendência à disseminação (BRASIL, 2002).

O tratamento do impetigo é realizado através de antibióticos tópicos, que são o de escolha para a maioria dos casos, enquanto que os agentes antimicrobianos sistêmicos são indicados quando há abrangência de estruturas mais profundas como tecido subcutâneo e fáscia muscular, ou presença de várias lesões (mais do que cinco), linfadenopatia, febre, infecções perto da cavidade oral, faringite, infecções sobre o couro cabeludo (PEREIRA, 2014).

O tratamento inicial ocorre através da limpeza e remoção de crostas, duas a três vezes ao dia com água e sabão, para facilitar essa remoção pode-se usar vaselina. Como exemplo de tratamento tópico tem-se a neomicina, mupirocina e ácido fusídico, que serão aplicados após limpeza e remoção de crostas. O tratamento sistêmico por sua vez deve ser realizado quando existem lesões disseminadas e comprometimento do estado geral, pode ser realizado com penicilina benzatina: 1.200.000U para adultos e 50.000U/kg, até no máximo 900.000U para crianças com peso abaixo de 27kg, dose única, eritromicina: 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos, e 30mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por sete dias e cefalexina: 250mg a 500mg, quatro vezes ao dia, em adultos, e 25mg a 50mg/kg/dia, em crianças, por sete dias (BRASIL, 2012).

O ato de lavar as mãos, com sabonete antisséptico ou com sabão regular, principalmente crianças, reduziu drasticamente suas chances de adquirir infecções como impetigo, diarreia e pneumonia. Em um estudo controlado, os autores observaram queda de 34% na incidência de impetigo no grupo que passou por um programa de orientação sobre o ato de lavagem das mãos (PEREIRA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, caracteriza-se anemia, para gestantes e crianças menores de cinco anos, como níveis de hemoglobina abaixo de 11 g/dl. Em crianças de 5 a 11 anos, o diagnóstico de anemia é realizado quando a hemoglobina sérica é menor que 11,5 g/dl; para adolescentes de 12 a 14 anos e para mulheres não-grávidas, abaixo de 12 g/dl; e, por fim, para adultos do sexo masculino acima de 15 anos, abaixo de 13 g/dl (SBP, 2017).

A anemia associada à deficiência de ferro, faz-se a avaliação quantitativa e qualitativa dos glóbulos vermelhos, assim como, a hipocromia (avaliada pela hemoglobina corpuscular média - HCM) e a microcitose (avaliada pelo volume corpuscular médio - VCM) que são indicadores úteis (SBP, 2017).

A carência de ferro é deficiência nutricional mais comumente encontrada no mundo, afetando quase dois bilhões de pessoas. Na atualidade, aproximadamente 45% a 50% das crianças brasileiras detém essa condição. Quando consideramos a carência de ferro com ou sem anemia, esses valores chegam a mais de 70% (PINHEIRO et al., 2008).

As consequências da deficiência de ferro, mesmo ainda sem anemia, estão implicadas na alteração do comportamento, desempenho cognitivo e crescimento em lactentes, pré-escolares e escolares; redução da força muscular; perda do apetite; condições imunológicas ruins, e risco maior de infecções; alterações no metabolismo de hormônios tireoidianos e catecolaminas; diminuição da capacidade lúdica; insegurança e desatenção. As sequelas dessa deficiência por vezes podem ser notadas por anos após a correção das carências, com incapacidade cognitiva observadas a longo prazo. A presença de anemia ferropriva se associa, ainda, aumento do risco perinatal e a maior mortalidade infantil (FERRAZ, 2012).

Segundo a OMS, a melhor abordagem preventiva da carência nutricional de ferro consiste em uma alimentação adequada, com aumento da ingestão de vegetais folhosos cozidos e carnes, legumes, além do correto preparo dos alimentos. Porém, a alimentação das crianças brasileiras tem uma densidade em ferro extremamente baixa para todas as idades, tanto por questões culturais quanto econômicas, um problema a ser abordado para o sucesso do combate a essa condição (FERRAZ, 2012).

O tratamento é realizado com ferro elementar na dose de 3 a 5 mg/kg de peso/dia que serão administrados diariamente, fracionada em duas vezes ou em dose única, precedendo as refeições principais. A duração varia de três a seis meses para que seja assegurada a reposição de estoques de ferro, após a correção dos valores de hemoglobina. A absorção do sulfato ferroso, o qual contém 20% de ferro elementar, é facilitada pela administração concomitante com suco de laranja ou qualquer outra fonte de vitamina C (SBP, 2017).

A resposta ao tratamento pode ser mensurada com a contagem de reticulócitos a partir de 48-72 horas do início da ingestão de sulfato ferroso e atingem um pico após 5 a 10 dias. O hematócrito e a hemoglobina começam a subir após duas semanas e atingem valores normais com dois meses de terapia. Porém, reposição deve ser continuada por no mínimo dois meses após essa normalização (MARANHÃO, 2007).

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Atenção domiciliar é um conjunto de ações feitas no domicílio do paciente, por uma equipe interdisciplinar, onde é realizado o diagnóstico da realidade do meio em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Faz-se a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, em prol do restabelecimento de sua independência e a conservação de sua autonomia (DUARTE; DIOGO, 2000).

A visita domiciliar é de suma importância para humanização da assistência e suporte às necessidades de saúde de um segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária e que, portanto, possuem dificuldade ou impossibilidade de se locomover até à ESF.

Durante as visitas domiciliares são realizadas ações integrais ao paciente através do trabalho multidisciplinar com tecnologias de alta complexidade e baixa densidade tecnológicas, onde, conseqüentemente percebe-se uma maior rapidez no processo de recuperação, prevenção de eventuais sequelas e redução no risco de infecção hospitalar.

Buscamos através de reuniões periódicas da equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família instrumentos que aprimorem os cuidados destes pacientes, onde durante as visitas domiciliares realizamos uma abordagem integral e contextual, orientando a família verbalmente ou através de registros, de forma clara e coesa a respeito da doença, cuidados especiais que a supra requer, esclarecendo possíveis dúvidas, e claro sempre orientando em relação aos sinais de gravidade ou de alarme que deverão ser prontamente comunicados a equipe de profissionais.

A necessidade de assistência domiciliar bem como seus agendamentos ocorre por intermédio dos agentes comunitários de saúde, que através de sua rotina laboral, veem a necessidade de uma visita médica periódica ou por este usuário domiciliado crônico estar apresentando algum quadro agudo; por solicitação do cuidador, familiar ou vizinho ou que porque são egressos de internação hospitalar e necessitam de acompanhamento ou orientações especiais.

As visitas na estratégia em que estou lotada, são realizadas em um turno específico já pré-estabelecido na agenda, em casos extremos de doença aguda ou descompensação de alguns quadros, abre-se a exceção. Normalmente a visita é realizada pelo médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, e o agente comunitário de saúde responsável por aquela área. A solicitação de visitas, normalmente é devido a um quadro crônico agudizado, a exemplo, são os pacientes com quadros demenciais, sequelados de acidentes vasculares cerebrais, doentes

terminais ou portador de alguma síndrome congênita, e que há alguns dias estão apresentando sintomas como: tosse, febre, cefaleia, vômito, diarreia, úlcera de decúbito, ou seja, algum quadro agudo que necessita prontamente de assistência, orientação ou conduta médica.

Quando chegamos ao domicílio realizamos um estudo do contexto social e familiar do paciente e sua doença, primeiramente é abordado a queixa principal, ou seja, o motivo da solicitação daquela visita, seja ela de rotina ou para avaliação e diagnóstico de algum quadro clínico agudo. É realizada a anamnese, normalmente o cuidador é quem fornece os dados e queixas do paciente, devido a sua dificuldade ou impossibilidade de fala, em sequência é realizado o exame físico, com a aferição da pressão arterial sistêmica, glicemia capilar, ausculta respiratória, cardíaca, e outros exames específicos como: oroscopia, otoscopia, exame neurológico, palpação e percussão abdominal, dentre outros, são realizados a depender da necessidade do quadro. Por conseguinte, é realizado o diagnóstico e tratamento da doença em questão. Porém em alguns casos, dependendo da gravidade do quadro, o acamado é encaminhado com uma guia de referência ao pronto-atendimento, para tratamento intra-hospitalar e posterior acompanhamento domiciliar pós internação.

No caso de solicitação de visitas de rotina para pacientes crônicos, é realizado o exame físico geral destes, se necessário, são solicitados exames complementares laboratoriais, normalmente realiza-se a renovação da receita de medicações contínuas ou de laudos médicos, e são dadas as orientações aos cuidadores, como: realização de curativos, importância da mudança de decúbito e massagem de conforto, quando possível realizar locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, exposição ao sol, movimentar as articulações), auxílio na organização das medicações, estímulo e orientação alimentar, cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho, higiene oral e íntima, e a orientação de comunicar à equipe de saúde as intercorrências com o assistido.

Um último assunto, não menos importante em relação aos cuidadores, que por se tratar de um trabalho que muitas vezes demanda uma assistência integral ao paciente, se tornam cansativos e extenuantes, o que gera um nível elevado de estresse e até transtorno do humor depressivo. Devido a isso há uma grande importância do suporte psicológico a essas pessoas, e da agregação de vários envolvidos e participação ativa de toda família neste processo.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de graduação em medicina, dada a problemática da extensão do conteúdo das ciências médicas, deixa em segundo plano o estudo do Estado, em sua sistemática de promoção a saúde pública, da relação intrapessoal do profissional de saúde com o paciente, sua família, comunidade, e não menos importante, a relação com a equipe de saúde.

O curso de graduação de medicina me possibilitou a ter conhecimento de práticas médicas como diagnóstico clínicos, fisiopatologia das doenças, tratamento. Dei início na minha carreira em atendimento à saúde da família, onde aos poucos, com o amadurecimento, natural a qualquer profissional com o decurso do tempo e com experiências cotidianas, foi constatado que o conhecimento das boas práticas médicas não era suficiente para um atendimento eficaz e de qualidade.

O médico não deve atuar como se fosse um simples instrumento de ação/reação. A cura está muito além do mecanismo diagnóstico/tratamento. O ser humano é gregário por excelência, não vive só, é dotado de anseios, sentimentos, sejam de afeto ou de ira, e são essas particularidades que tornam as relações humanas algo fascinante de ser estudada, observado, sentido.

Daí decorre a necessidade do profissional, independente da área de atuação, ter conhecimento do meio social que atua, do paciente e de sua família, da cultura do lugar, seus costumes.

O curso foi um divisor de águas no meu entendimento sobre a sistemática da saúde pública no Brasil. É de suma importância que o profissional de saúde, que em sua maior parte atua junto à administração pública, tenha conhecimento do regimento, do seu surgimento e que possa participar de forma proativa para a melhora do sistema, seja conhecendo a história, os modelos de saúde pública internacional e a interna, a situação de saúde do Brasil e seus determinantes sociais, a importância e a valorização da atenção primária. A necessidade de preenchimento das fichas epidemiológicas para a obtenção de dados aptos a fornecer subsídios à realização de atividades de gestão e execução de intervenção e prioridades daquele território.

O conhecimento e aprendizado de manuseio dos sistemas de informação em saúde, banco de dados que possibilita consulta, buscas, com possibilidade de refinadas especificações, serviu para conscientizar o profissional de saúde da importância de sua alimentação, e a maneira adequada de catalogar todos os dados que posteriormente poderão ser utilizados para o planejamento e execução de medidas tendentes a melhorar a qualidade do serviço prestado e a saúde da população como um todo.

O manuseio e conhecimento das funcionalidades e correto registro dos eventos clínico no E-SUS, proporcionou uma abordagem mais coerente e eficaz do paciente, com melhora na resolutividade das demandas e contando como importante ferramenta para consultas posteriores acerca da vida pregressa do paciente.

Vencido a primeira etapa, esse conhecimento intrínseco do sistema de saúde, o curso passou a fomentar a importância da abordagem terapêutica singular voltada para o paciente. Contudo, nem sempre é suficiente, deve-se ir mais longe, envolver a família no processo terapêutico, bem como a utilização da saúde baseada em evidências.

Os casos complexos foram de fundamental importância em nossa prática clínica, por serem situações de alta prevalência em nossos atendimentos diários na ESF- Estratégia de Saúde da Família, bem como a discussão e a percepção através de fóruns das diferentes realidades vivenciadas pelos demais colegas.

Em suma, as atividades do Portfolio atenderam as finalidades propostas, seja nas reflexões de casos vivenciados onde fizemos sua descrição e atualização do manejo de acordo com as bibliografias atualizadas, seja na consecução do projeto de intervenção, onde se pode concretizar medidas importantes sobre casos de obesidade e suas comorbidades tão prevalente na população adscrita em minha ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica.** Cadernos de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília – DF, v. 2, n. 28, 2012.
- _____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Série A. 2º reimpressão. Brasília: Normas e manuais técnicos; 2005.
- _____. **Dermatologia na Atenção Básica de Saúde.** Cadernos de Atenção Básica Nº 9 Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174, Brasília, 2002.
- CORNIER, M. A. et al. **The metabolic syndrome.** *Endocr Rev.* v. 29, n. 7, p. 777-822, 2008.
- DATASUS. **Cadernos de Informações de Saúde Rio Grande do Sul.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>. Acesso em: 14 dez. 2016.
- DUARTE, Y. A. P.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico.** 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FERRAZ, S. T.. Anemia ferropriva na infância: estratégias para prevenção e tratamento. **Pediatria Moderna,** São Paulo, v. 48, n. 3, p. 85-88, 2012.
- FERREIRA, A. L. A. et al. Síndrome metabólica: atualização de critérios diagnósticos e impacto do estresse oxidativo na patogênese. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 54-61, jan./fev., 2011.
- FREITAS, E. D.; HADDAD, J. P.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. **Cad Saúde Pública.** v. 25, n. 5, p. 1073-1082, 2009.
- FUGIMORI, E.; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.** São Paulo: Manole, 2009.
- MARANHÃO, M. S. et al. Anemias carênciais na infância. In: **Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria.** 1. ed. Barueri: Manole, Seção 20, cap. 4, p. 1495-1502, 2007.
- PENALVA, D. Q. F. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. **Rev Med (São Paulo).** v. 87, n. 4, p. 245-250, out./dez. 2008.
- PEREIRA, L. B. Impetigo – Revisão. **A. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, mar./apr. 2014.
- PINHEIRO, F. G. M. B. et al. Avaliação da anemia em crianças da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Ver. Bras. Nematol. Hemoter.** v. 30, n. 6, p. 457-462, dez. 2008.
- PINHO, M. P. Síndrome metabólica e sua relação com escores de risco cardiovascular em adultos com doenças crônicas não transmissíveis. **Rev Soc Bras Clin Med.** v. 12, n. 1, p. 22-30, jan./ mar. 2014.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 84, Suplemento I, Abril, 2005.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Anemia carencial ferropriva.** Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro, fev. 2017.

TEIXEIRA, R. J. et al. Aumento do risco cardiovascular em mulheres com síndrome metabólica. **Rev Bras Med Fam Com.** v. 3, n. 12, p. 237-246, 2008.

APÊNDICE A – Projeto de intervenção



**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
Projeto de Intervenção - Especialização em Saúde da Família**

Dayane Gonçalves Sete Dambros

**IMPACTO DA PERDA PONDERAL NA QUALIDADE DE VIDA E
COMORBIDADES DE PACIENTES OBESOS**

URUGUAIANA, 2016

RESUMO

O aumento da mortalidade relacionada à obesidade é devido principalmente pela maior incidência de eventos cardiovasculares, atribuídas muitas vezes a algumas condições associadas como: Hipertrofia ventricular esquerda (HVE), diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), conhecidos também como fatores de risco coronariano. A obesidade em homens é associada também a aumentos nos casos câncer de próstata, reto e cólon, enquanto que em mulheres tem se associado à maior frequência de câncer de endométrio, mamas e vesícula. Há demonstrado a maior predisposição a outras condições mórbidas tais como: esteatose hepática, osteoartrose, osteoartrites, colelitíase, apneia obstrutiva do sono, alterações dos ciclos menstruais, redução da fertilidade e alteração da ventilação pulmonar, exemplos citados que denotam melhora significativa com a perda ponderal. Diante disto iniciei esse projeto de intervenção através do estímulo a perda de peso com uma dieta hipocalórica e de baixo custo, em pacientes obesos da Estratégia Saúde da Família São João-Uruguaiana-RS, com reuniões mensais de apoio e catalogação dos dados antropométricos desses, a exemplo de: peso, Pressão arterial, IMC, medida da circunferência abdominal. E ao final do projeto diante do banco de dados, será possível verificar se houve ou não mudanças dos diversos indicadores e suas consequências clínicas e laboratoriais para aqueles que tiverem o comprometimento de seguir o programa até o final.

Palavras-chave: Obesidade. Perda de peso. Dieta.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	25
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	28
4 METODOLOGIA	30
5 CRONOGRAMA	32
6 RECURSOS NECESSÁRIOS	33
7 RESULTADOS ESPERADOS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXO A – ATIVIDADE 2	37

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos mais graves problemas de saúde pública. Sua incidência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, inclusive nos países em desenvolvimento, o que levou a doença atingir patamares alarmantes, chegando inclusive à condição de epidemia global, de acordo com a Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 1998).

Antes da ocorrência do grande êxodo rural, ocorrido entre as décadas de 1960 a 1980, a população do país era em sua maioria alocada na zona rural, obtinham o seu sustento basicamente da agricultura de subsistência (ALVES, 2011).

Não era comum refeições fora do seio familiar, à matriarca cabia o encargo de preparar toda a alimentação, dieta baseada em vegetais orgânicos, grãos integrais, produtos em sua maioria sem o processamento industrial (MILETO, 2014).

Dado a natureza das atividades laborativas exercidas por aqueles que inicialmente se encontravam na zona rural, a prática constante de atividades físicas contribuía para o controle de peso, pois demandava um gasto energético favorável. Agora no meio urbano as pessoas contam com um ritmo de vida estressante, consequência de uma jornada de trabalho exaustiva e grande tempo gasto com deslocamento da periferia para seus postos de trabalho.

O distanciamento entre o domicílio e o local de trabalho inviabilizou o uso de bicicletas ou caminhada, sendo trocados pelo transporte automotor, o que veio a reduzir consideravelmente o gasto energético. Se não bastasse, a falta de tempo para as suas atividades habituais, fez com que a população buscasse formas mais práticas de preparação alimentar, em sua maioria industrializados, de baixo valor nutricional, normalmente rico em gordura, açúcar, aditivos e de elevado índice calórico.

A Estratégia de Saúde e Família (ESF) São João está localizada no município de Uruguaiana, Rio Grande do Sul, contando com uma população adscrita 10.474 habitantes (CENSO, 2010). Trata-se de um bairro periférico, de baixo poder aquisitivo, o seu povoamento se deu a partir de população originária do meio rural, com pouca instrução, é, como já contextualizado, em face de um estilo de vida não favorável, quer pelos hábitos alimentares, quer pelo sedentarismo ou grande estresse rotineiro, em consequência disso vem aumentando sobremaneira os índices de obesidade e suas consequentes comorbidades.

A escolha desse tema para o projeto advém da elevada prevalência de sobrepeso e obesidade na população do ESF São João (Uruguaiana/RS), os quais aumentam de sobremaneira os riscos de desenvolvimento de diversas patologias supracitadas, justificando a

importância de se iniciar uma intervenção onde reduzam substancialmente as comorbidades dessa população adscrita.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a perda ponderal em pacientes obesos do ESF (Estratégia Saúde da Família) São João-Urugaiana-RS, e suas consequências clínicas e laboratoriais, ocorridas após dois meses de intervenção.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular perda ponderal através de dieta hipocalórica e de baixo custo.

Avaliar as mudanças de diversos fatores como: colesterol, triglicérides, glicemia, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, pressão arterial, comparando os valores iniciais e os valores finais após as intervenções.

Dissertar sobre a importância da redução do peso para o bem-estar físico e psíquico do paciente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Sabe-se que a obesidade é uma doença crônica, que envolve diversos fatores, sejam eles sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e até mesmo genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado, entre outros fatores, pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (ROCKVILLE, 2001; WHO, 2000; INCA, 2016).

Os fatores genéticos desempenham papel importante na determinação da suscetibilidade do indivíduo para o ganho de peso, porém são os fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, que geralmente levam a um balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade (ROCKVILLE, 2001; WHO, 2000; INCA, 2016; BRAY; POPKIN, 1998).

As estatísticas de incidência de doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando de forma alarmante no Brasil, e atualmente é considerada uma das principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos principais fatores de risco para o surgimento de diversas doenças nesse grupo. É possível promover a redução da morbimortalidade e aumentar a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos através do combate à obesidade, além de interferir aumentando a expectativa de vida. A obesidade também tem implicações diretas na autoestima dos pacientes, que se sentem excluídos da sociedade por não se enquadrarem na estética normalmente difundida pela sociedade contemporânea (BRASIL, 2014; SCHMIDT et al., 2011).

O aumento da mortalidade relacionada à obesidade é devido principalmente pela maior incidência de eventos cardiovasculares, atribuídas muitas vezes a algumas condições associadas como: Hipertrofia ventricular esquerda (HVE), diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), conhecidos também como fatores de risco coronariano. A obesidade em homens é associada também a aumentos nos casos de câncer de próstata, reto e cólon, enquanto que em mulheres tem se associado à maior frequência de câncer de endométrio, mamas e vesícula. Há demonstrado a maior predisposição a outras condições mórbidas tais como: esteatose hepática, osteoartrose, osteoartrites, colelitíase, apneia obstrutiva do sono, alterações dos ciclos menstruais, redução da fertilidade e alteração da ventilação pulmonar, exemplos citados que denotam melhora significativa com a perda ponderal. Apesar de não existirem estudos científicos que possam comprovar a real redução da mortalidade com medidas efetivas contra obesidade, não restam dúvidas que a redução desta, da ordem de 5% a 10% reduz as condições mórbidas que aumentam o risco cardiovascular (SBEM, 2016).

Os dados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008 no Brasil, apontam que cerca de metade da população do país acima de 20 anos apresenta sobrepeso e cerca de 15% do total de adultos sofre com a obesidade. Um fator que chama a atenção na pesquisa é o aumento da incidência da doença nas últimas décadas, além da velocidade em que isso ocorreu, podendo ser considerado um fenômeno relativamente recente no Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conclui que em menos de 35 anos os casos de obesidade aumentaram em mais de 6% entre os homens e em quase 5% entre as mulheres. Em 1976, os homens representavam 2,8 dos obesos do país, e as mulheres, 7,8% dos casos. Em 2004 os homens eram responsáveis por 8,8% dos casos e as mulheres, 12,7%. Seis anos depois, em 2010, a pesquisa voltou a apontar o aumento da prevalência da doença, com o registro de 12,5% em homens e 16,9% entre as mulheres. Atualmente, o excesso de peso é um problema para mais da metade dos homens brasileiros, já que a pesquisa aponta que 50,1% dos homens estão acima do peso ideal, enquanto 48% das mulheres sofrem do mesmo mal (IBGE). O aumento da obesidade é um problema constatado não apenas no Brasil, mas em praticamente todos os países ocidentais, em ambos os sexos e em todas as faixas etárias (SCHMIDT, 2011; BRASIL, 2014; JONES-SMITH, 2011; MONTEIRO et al., 2007; POPKIN, 2011).

Há muitas formas de calcular o excesso de peso corporal, que pode ser estimado por diferentes métodos ou técnicas, como pregas cutâneas, relação cintura-quadril, ultrassom, ressonância magnética, entre outras. No entanto, o Índice de Massa Corporal (IMC) vem sendo o método mais utilizado para aferir a doença, já que se trata de um método simples e com custo irrisório, amplamente aceito na realização dos estudos epidemiológicos da doença. O cálculo do IMC é simples, realizado a partir da divisão do peso do paciente em quilogramas pelo quadrado de sua altura em metros quadrados. Para caracterizar o excesso de peso, utiliza-se valores acima de 25kg/m^2 . Valores entre 25kg/m^2 e $29,9\text{kg/m}^2$ caracterizam sobrepeso e indivíduos que apresentam valores acima de 30kg/m^2 são considerados obesos. Estes valores elevados de IMC estão diretamente associados ao risco de doenças e morte prematura (INCA, 2016; AFONSO; SICHIERI, 2002; ANDRADE et al., 2003; ANJOS, 1992; KUCZMARSKI; FLEGAL, 2000).

4 METODOLOGIA

A partir de relatos feitos pelos profissionais da saúde e da população adscrita da ESF São João- Uruguiana, a qual me encontro alocada atualmente, fez-se necessário a implantação de uma intervenção em pacientes que apresentavam sobrepeso e obesidade, devido ao elevado índice de prevalência e também pelas comorbidades sofridas pelos mesmos. Sendo que diversas vezes houve a procura espontânea por parte da população e outras devido a real necessidade de mudanças de hábitos para reduzir a morbimortalidade consequente deste aumento de peso.

Em um primeiro momento será realizado a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de profissionais de saúde da Unidade, a fim de expor os objetivos, metodologia e resultados esperados. Com a aceitação da equipe, o cronograma das atividades do projeto de intervenção a serem desenvolvidos serão apresentadas, juntamente com os prazos. Essa apresentação se faz necessária devido à importância de uma ação multidisciplinar de todo o corpo profissional visando um resultado final favorável.

Caberá estabelecer a função de cada profissional na execução do projeto, a exemplo: técnicos de enfermagem ficarão responsáveis por colher os valores antropométricos destes pacientes como peso, IMC, medida em centímetros da circunferência abdominal; os agentes comunitários de saúde terão como incumbência a realização da divulgação do projeto e tomar nota da população interessada em participar; a nutricionista, por sua vez, dará o suporte quanto a orientações alimentares e dicas nutricionais; por fim, ao enfermeiro e médico restará a responsabilidade de promover o aconselhamento e orientações que se julgar necessárias, tendo como objetivo reduzir as comorbidades consequentes do aumento do peso.

Em um segundo momento, será realizado um levantamento pela equipe acerca dos recursos necessário para realização do projeto. Será solicitado à gestão municipal a disponibilização de materiais de apoio, tais como fichas de acompanhamento, fita métrica, balança, exames laboratoriais.

Em um terceiro momento será feita a identificação de pacientes elegíveis para o projeto de intervenção, de acordo com a listagem feita pelo agente comunitários de saúde anteriormente, segundo os critérios de índice de massa corporal e interesse pessoal de participar.

O quarto momento será colocar em prática os planos de ação através de reuniões mensais com os pacientes interessados e os profissionais de saúde, cujo objetivo será tomar nota dos dados pessoais dos pacientes, dar início a orientação alimentar e, de forma interativa, possibilitar que o público alvo possa tirar eventuais dúvidas, e dar suporte para o enfrentamento das possíveis dificuldades vivenciadas por aqueles, quando da mudança do estilo de vida. Para

tanto, à medida que os dados alimentarem os registros, haverá reuniões entre a equipe de trabalho a fim de verificar os resultados obtidos e, se necessário, implementar novas medidas no intuito do sucesso dos trabalhos.

Quinto momento será a catalogação mensal de todas as informações provenientes do acompanhamento dos participantes. E ao final do projeto diante do banco de dados, será possível verificar as mudanças dos diversos indicadores e suas consequências clínicas e laboratoriais para aqueles que tiverem o comprometimento de seguir o programa até o final.

De posse das informações colhidas será realizado a análise de dados e marcado uma reunião geral com a equipe e com todos participantes para a apresentação dos resultados e avaliação do trabalho feito.

5 CRONOGRAMA

Ações	Jul./16	Ago./16	Set./16	Out./16	Nov./16	Dez./16
Apresentação do trabalho para equipe da ESF São João	X					
Divulgação do projeto	X					
Adscrição de pacientes elegíveis para o projeto	X					
Aquisição dos recursos necessários	X					
Execução do projeto		X	X	X	X	X
Catologação de dados e informações		X	X	X	X	X
Análise dos resultados						X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho						X

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de grupos;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Ficha padrão para coleta de dados mensalmente;
- Computadores;
- Folha A4;
- Balança;
- Esfigmomanômetro aneróide com estetoscópio;
- Impressora;
- Fita métrica;
- Calculadora;
- Canetas esferográficas;
- Pasta para arquivamento das fichas padrões;
- Profissionais da saúde: Médico, Enfermeiro, Téc. Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e nutricionista.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se que os pacientes que participaram ativamente do projeto, que era a real mudança do estilo de vida adotando hábitos alimentares mais saudáveis e hipocalóricos para conseqüente perda ponderal, normalização dos valores laboratoriais de colesterol, triglicérides, glicemia e melhora no índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, pressão arterial. Além do compartilhamento de vivências e conhecimentos para o nosso crescimento pessoal e social, e estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar e interativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESO. Consenso Latino-Americano em Obesidade, 1998. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>. Acesso em: 23 agosto 2016.
- AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 153-163, 2002.
- ALVES, E. et. al. Êxodo e sua contribuição à urbanização de 1950 a 2010. **Revista de Política Agrícola (Embrapa)**. Ano XX – nº 2 – Abr./Maio/Jun. 2011. p. 80-88.
- ANDRADE, R. G.; PEREIRA, R. A.; SICHIERI, R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1485-1495, 2003.
- ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 431-6, dec. 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 38. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade**. Brasília, 2014
- BRAY, G. A.; POPKIN, B. M. Dietary fat intake does affect obesity! **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 68, p. 1157-1173, 1998.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity**. [Rockville, MD]: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, [2001].
- INCA. Instituto Nacional de Cancer. **Inquerito Domiciliar**, 2002-2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/sobrepesoobesidade.pdf>. Acesso em: 23 agosto 2016.
- JONES-SMITH, J. C. et al. Cross-national comparisons of time trends in overweight inequality by socioeconomic status among women using repeated cross-sectional surveys from 37 developing countries, 1989-2007. **Am. J. Epidemiol.**, [S.l.], v. 173, n. 6, p. 667-675, Mar. 2011.
- KUCZMARSKI, R. J.; FLEGAL, K. M. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 72, p. 1074-1081, 2000.
- MILETO, S. **Alimentação de antigamente x alimentação de hoje**, 2014. Disponível em: <<http://caloriaindeejada.blogspot.com.br/2014/01/alimentacao-de-antigamente-x.html>>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 97, n. 10, p. 1808-1812, oct. 2007. Epub 2007 Aug. 29.

POPKIN, B. M. Is the obesity epidemic a national security issue around the globe? *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.*, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 328-331, maio 2011.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Introdução**, 2016. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/obesidade-introducao>. Acesso em: 23 agosto 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. *Lancet*, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, june. 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf>. Acesso em: 23 agosto 2016.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 2000. (Technical Report Series, 894).

ANEXO A – Atividade 2

