

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ABRAON VIEIRA NUNES

**INTERVENÇÃO PARA USUÁRIOS COM DOENÇA PSIQUIÁTRIA
E OBESIDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JK, SETE
LAGOAS/MG**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2017

ABRAON VIEIRA NUNES

**INTERVENÇÃO PARA USUÁRIOS COM DOENÇA PSIQUIÁTRIA
E OBESIDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JK, SETE
LAGOAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Estratégia Saúde da
Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa Dra. Maria Marta Amancio Amorim

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2017

ABRAON VIEIRA NUNES

**INTERVENÇÃO PARA USUÁRIOS COM DOENÇA PSIQUIÁTRIA E OBESIDADE
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JK, SETE LAGOAS/MG**

Banca examinadora

Profa Dra. Maria Marta Amancio Amorim.

Profa Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG/UNA

Aprovado em Belo Horizonte, em 22 de maio de 2017.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, pelo suporte nesse pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado

RESUMO

A obesidade é um problema de saúde pública e de múltiplas causas, por isso seu entendimento e sua relação com a psiquiatria torna-se necessário. O objetivo deste estudo é elaborar um plano de intervenção geral para melhoria do atendimento ao paciente psiquiátrico portador de obesidade da Unidade Básica de Saúde JK, localizada no município de Sete Lagoas, Minas Gerais. Foi realizada uma revisão de literatura nacional e internacional baseada em periódicos localizados nas seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde, Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, *Scientific Eletronic Library Online* e Pubmed utilizando os descritores de saúde: saúde mental, obesidade, neuropsiquiatria e psiquiatria comunitária. Utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional, que detecta os problemas da área de abrangência e busca coletar informações para conhecer suas causas e consequências. A seleção dos nós críticos se baseia na identificação da causa principal do problema identificado, sendo capaz de impactá-lo e conseqüentemente transformá-lo. O trabalho apresenta planos de intervenção para aprimorar o nível de conhecimento em nove passos: identificação, priorização, descrição e explicação do problema, além de identificar os nós críticos, realizar o desenho da operação, identificar os recursos críticos, analisar a viabilidade e elaborar o plano operativo. Após análise criteriosa dos trabalhos, observou-se que se faz necessária uma atuação mais criteriosa em pacientes com problemas psiquiátricos obesos. Há a necessidade em realizar intervenções educativas com os cuidadores e com o próprio paciente, como forma de agregar meios na solução do problema.

Palavras-chave: Saúde mental. Obesidade. Neuropsiquiatria. Psiquiatria comunitária

ABSTRACT

Obesity is a public health problem and multiple causes, so your understanding and your relationship with psychiatry becomes necessary. The objective of this study is to elaborate a general intervention plan to improve care for the psychiatric patient with obesity at the Basic Health Unit JK, located in the city of Sete Lagoas, Minas Gerais. A review of national and international literature was carried out based on journals located in the following databases: Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information, Scientific Electronic Library Online and Pubmed using the health descriptors: mental health , Obesity, neuropsychiatry and community psychiatry. Strategic Situational Planning was used, which detects the problems of the area of coverage and seeks to collect information to know its causes and consequences. The selection of critical nodes is based on the identification of the main cause of the identified problem, being able to impact it and consequently to transform it. The work presents intervention plans to improve the level of knowledge in nine steps: identification, prioritization, description and explanation of the problem, besides identifying critical nodes, designing the operation, identifying critical resources, analyzing feasibility and elaborating the Operational plan. After careful analysis of the studies, it was observed that a more careful performance is required in patients with obese psychiatric problems. There is a need to carry out educational interventions with caregivers and with the patient, as a way to add means to solve the problem.

Key-words: Mental disorder. Obesity. Neuropsychiatry. Community psychiatry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo de Obesidade
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS Saúde	Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Síndrome metabólica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Dados do município de Sete Lagos/MG	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família JK	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde da comunidade	12
1.5 Priorização dos problemas	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. METODOLOGIA	16
5.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1 Obesidade	
5.2 Obesidade e doença psiquiátrica	
5.3 Tratamento da obesidade em pacientes psiquiátricos	20
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	22
1º passo. Identificação do problema	22
2º passo. Priorização dos problemas	22
3º passo. Descrição do problema	23
4º passo. Explicação do problema	23
5º passo: Identificação dos nós críticos	24
6º passo: Desenho das operações	24
7º passo: Identificação dos recursos críticos	27
8º passo: Análise da viabilidade	27
9º passo. Elaboração do Plano Operativo	28
7 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública com etiologia multifatorial, sendo definida como uma associação entre a vulnerabilidade e um ambiente facilitador (GREENWAY; SMITH, 2000). Observa-se um aumento considerável de sua prevalência na população mundial. Especificamente no Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2008-09 mostram uma média considerável da obesidade tanto em adultos (49,29%) quanto em crianças (32,73%) (IBGE, 2016).

Sua decorrência não se dá apenas pelo sedentarismo ou hábitos alimentares incorretos, mas também por questões relacionadas a doenças crônicas psiquiátricas e/ou uso de fármacos para o tratamento de suas patologias (RENMAN *et al.*, 1999).

A literatura aborda a esquizofrenia como uma doença que pode estar relacionada à obesidade. Esse transtorno psicótico envolve uma série de disfunções cognitivas e emocionais (LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007; VARGAS; SANTOS, 2011). A obesidade observada em pacientes com esse perfil, pode ser decorrente de fatores relacionados ao estilo de vida ou ser resultado do efeito colateral do tratamento medicamentoso (TOALSON *et al.*, 2004; ELKIS *et al.*, 2008).

Outro transtorno relatado nos trabalhos é a depressão, que pode ser caracterizada como um déficit em atividades reforçadoras, excesso de comportamento de fuga/esquiva de situações, que acabam por levar a um afastamento do ambiente e das pessoas (BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008). Relatos da literatura demonstram uma divergência quanto à relação entre depressão e a obesidade, podendo ou não ser identificado a associação entre esses dois fatores (ISTVAN; ZAVELA; WEIDNER, 1992; BAREFOOT *et al.*, 1998).

Faz-se necessário que o paciente psiquiátrico obeso seja tratado na Unidade Básica de Saúde (UBS) JK, em Sete Lagoas/MG a fim de minimizar complicações patológicas como: hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e até mesmo alguns tipos

de câncer (COSTA *et al.*, 2009). Sendo assim, é importante a prevenção, detecção e tratamento prévio desses pacientes psiquiátricos, principalmente pelo fato da população ser muitas vezes negligenciada no recebimento de cuidados médicos em geral (ROCHA; BEZERRA, 2006).

1.1 Dados do Município de Sete Lagoas/MG

O município brasileiro de Sete Lagoas localiza-se no estado de Minas Gerais, na região metropolitana, que dista 72 quilômetros de Belo Horizonte. Sete Lagoas localiza-se na microrregião homônima, formada pelos municípios de Araçá, Baldim, Cachoeira da Prata, Caetanópolis, Cordisburgo, Fortuna de Minas, Funilândia, Inhaúma, Jaboticatubas, Jequitibá, Maravilhas, Papagaios, Pequi, Santana de Pirapama e Santana do Riacho. A área da unidade territorial desse município é de 536,644 quilômetros quadrados e conta com uma população estimada de 234.221 habitantes. O salário médio mensal no ano de 2014 foi de 2,3 salários mínimos. No que diz respeito à educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica está em ascendência. A cidade conta com 76 escolas com Ensino Fundamental, sendo que 21 são escolas privadas, 28 são públicas estaduais e 27 públicas municipais. Para o ensino médio a cidade apresenta 36 escolas, sendo 11 escolas privadas, 25 escolas públicas estaduais e não há escola pública municipal com esse tipo de ensino, segundo dados do IBGE (2016).

A economia da região compreende inúmeras empresas e indústrias voltadas para extração de calcário, mármore, ardósia, dentre outras. Fábricas de peças automotivas, linhas de montagem de caminhões e veículos de defesa, também se fazem presentes. A cidade surge como um importante polo comercial industrial aumentando de forma gradativa sua relevância no crescimento do estado de Minas Gerais (IBGE, 2016).

Segundos dados do IBGE, foram avaliadas as religiões distribuídas em católica apostólica romana, evangélica e espírita. As primeiras compõem 74,19% da população, a segunda 35% e a última 11% da população (IBGE, 2016).

Sete Lagoas apresenta 71,9% de sua população economicamente ocupada (18 anos ou mais), onde 3,05% trabalha no setor agropecuário, 0,63% na indústria

extrativa, 1,3% no setores de atividade pública, 8,47% no setor de construção, 16,94% no comércio, 20,35% na indústria de transformação e 45,91% no setor de serviços. A população economicamente inativa compreende 20,5% e a população economicamente ativa desocupada representa 7,6% (IBGE, 2016).

1.2 O sistema municipal de saúde

A cidade de Sete Lagoas possui 36 estratégias de saúde da família (ESF) que compreende a atenção primária, dentre elas encontra-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) JK. Com relação a atenção secundária, a cidade apresenta 17 centros de referência, dentre eles, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS I e um CAPS II, e quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, o município conta com sete farmácias populares, três unidades de urgência e emergência e um hospital municipal.

De acordo com os dados do IBGE (2009), o município de Sete Lagoas contava com 75 eletrocardiógrafos, 10 eletroencefalógrafos, cinco tomógrafos, 56 estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial e atendimento médico em especialidades básicas, 91 estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial total, um estabelecimento com especialidade com internação pública e nenhum estabelecimento de saúde com atendimento de emergência psiquiátrica.

1.3 A Unidade Básica de Saúde JK

A UBS JK está localizada na rua Coelho Neto, número 228, bairro JK. O horário de funcionamento é das 07h00min às 17h00min. Conta com 11 funcionários, a saber: um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e uma recepcionista. A equipe conta com um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal (não atuantes da unidade, porém realizam atendimento no bairro). O horário de trabalho do médico é de 32 horas semanais. Do enfermeiro e das ACS é de que 40 horas semanais, bem como a recepcionistas.

A equipe de saúde da família tem composição multiprofissional e deve possuir, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem, doze ACS, os profissionais de saúde bucal: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área. Estas pessoas passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente (BRASIL, 2012).

A área física é pequena e insatisfatória para os objetivos da mesma. Conta com uma pequena recepção onde se localizam os arquivos, próxima a sala de espera. Há ainda um consultório, um expurgo, um banheiro de funcionários e um banheiro para pacientes e uma copa.

A população que procura o serviço oferecido na ESF JK é, em sua maioria, idoso com hipertensão arterial, diabéticos e usuários de benzodiazepínicos. Pacientes psiquiátricos associados à obesidade, são avaliados a partir de anamnese criteriosa e encaminhados para serviços específicos, onde serão tratados com maiores recursos.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde da comunidade

O perfil de pacientes que procuram atendimento na UBS JK em sua maioria são indivíduos com hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e obesidade.

1.5 Priorização dos problemas

A partir dos perfis apresentados pelos pacientes, observou-se a necessidade em classificar as alterações sistêmicas de acordo com a frequência e relevância nos indivíduos, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade descrita à equipe de Saúde JK, Unidade Básica de Saúde JK, município de Sete Lagos, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão arterial	Alta	25	Total	2
<i>Diabetes mellitus</i>	Alta	25	Total	3
Obesidade	Alta	25	Total	1

Fonte: Dados ESF JK, 2017.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Dados científicos têm identificado ligações multidirecionais existentes entre a saúde, a doença mental e física (PRINCE, 2007). Os pensamentos, sentimentos e comportamentos de saúde têm um grande impacto no estado da saúde física. Entretanto, o estado de saúde física tem considerável influência sobre o bem-estar e a saúde mental (OMS, 2009).

Estudos relatam a associação entre transtornos psiquiátricos, como depressão e esquizofrenia, com a obesidade (LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007; COSTA, 2009). Dessa forma, essa relação demanda cuidados prévios como prevenção e detecção para, posteriormente, realizar tratamentos específicos.

Portanto, este trabalho ajudará na compreensão e em um maior conhecimento de como tratar o paciente psiquiátrico com obesidade na UBS JK. Há necessidade de entender a razão do surgimento de problemas na saúde física em pacientes com transtornos psiquiátricos e as possíveis dificuldades de uma equipe de saúde da família em tratar e referenciar esses pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhoria do atendimento ao paciente psiquiátrico portador de obesidade.

3.2 Objetivos específicos

Realizar uma revisão de literatura para descrever a obesidade e seus parâmetros

Avaliar associação entre transtornos psiquiátricos e obesidade

Abordar condições do tratamento na relação psiquiatria/obesidade

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura nacional e internacional em periódicos localizados nas seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde, Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Pubmed. Para busca dos artigos foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): saúde mental, obesidade, neuropsiquiatria e psiquiatria comunitária. Os critérios para seleção dos artigos não se ativeram a selecionar datas (apesar da escolha por artigos mais atuais) nos idiomas inglês e português, priorizando-se os assuntos mais adequados ao objetivo da pesquisa. Posteriormente, realizou-se uma leitura minuciosa dos artigos e após o levantamento bibliográfico e a escolha dos artigos pertinentes ao assunto, foi realizada uma leitura exploratória e seletiva.

Em seguida elaborou-se um plano de intervenção para melhoria do atendimento ao paciente psiquiátrico com obesidade, baseado na revisão realizada e no Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES detecta os problemas da área de abrangência e busca coletar informações para conhecer suas causas e consequências. Essa estratégia pode ser dividida em dois tipos, sendo uma a longo prazo e a outra a curto/médio prazo. A primeira está relacionada a resultados que terão objetivos futuros, prevendo mudanças em um período de 20 a 30 anos. A segunda estratégia visa soluções em relação a questões imediatas e urgentes, devendo estar em conjunto com a primeira. A partir dos problemas identificados, torna-se necessária a priorização dos mesmos, uma vez que a solução de todos eles de uma só vez se torna inviável, devido a dificuldade de recursos financeiros e até mesmo humanos. Alguns critérios podem ser levados em conta para priorizar um problema como, importância, urgência e capacidade de enfrentamento. A seleção dos nós críticos se baseia na identificação da causa principal do problema identificado, sendo capaz de impactá-lo e conseqüentemente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Obesidade

A obesidade constitui-se um problema de saúde pública e é considerada uma desordem com etiologia multifatorial, merecendo a atenção de diversas especialidades médicas (VASQUES; MARTINS; AZEVEDO, 2004; COSTA *et al.*, 2009). Ela ocorre, na maioria das vezes através da vulnerabilidade genética associada a um ambiente que possa desencadear a doença (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta uma projeção de 700 milhões de obesos em todo o mundo em 2025. De acordo com os dados epidemiológicos fornecidos pela Associação Brasileira para o Estudo de Obesidade (ABESO), a obesidade infantil se dá em 32,73% das crianças brasileiras, e em adultos, essa média aumenta para 49,29% da população, de acordo com os dados do IBGE fornecidos em 2008/2009 (ABESO, 2016).

Segundo a OMS, a obesidade é diagnosticada quando o indivíduo atinge um índice de massa corporal (IMC) acima da média. O cálculo a ser realizado para definir o grau de obesidade corresponde ao peso em quilos (kg) dividido pela altura em centímetros elevada ao quadrado (cm^2) (BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008). Para grau I de obesidade (moderado excesso de peso) o IMC situa-se entre 30,0 e 34,9 kg/m^2 , para a obesidade grau II (obesidade leve ou moderada) o valor varia entre 35,0 e 39,9 kg/m^2 . Por fim, a obesidade grau III (obesidade mórbida) é considerada para valores maiores ou iguais a 40 kg/m^2 (SEGAL; FANDINO, 2002).

A obesidade está relacionada com a morbidade e mortalidade aumentadas. Algumas doenças frequentemente associadas são: hipertensão, *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer – cólon, mama, endométrio, bexiga (DEVLIN; IANOVSKI; WILSON, 2000). A combinação dessas condições é chamada atualmente de síndrome metabólica – SM (ELKIS *et al.*, 2008). Por esse motivo, a medida que os índices de mortalidade crescem, médicos, incluindo os psiquiatras,

devem ser chamados para tratar esses pacientes, sendo necessário o entendimento da relação entre a saúde mental e a natureza da obesidade (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002).

Para diagnosticar a obesidade, os profissionais da saúde devem estar atentos em compreenderem os aspectos multifatoriais da doença, principalmente os agravantes psicossociais, para se traçar o tratamento necessário e conseguir o resultado satisfatório (BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008).

5.2 Obesidade e doença psiquiátrica

Fatores comportamentais e biológicos, assim como aspectos psicológicos são fundamentais para entender e realizar o tratamento clínico do paciente com obesidade (COSTA *et al.*, 2009). Essa alteração é considerada uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente. Embora fatores somáticos desempenhem papel considerável na alimentação excessiva, eles não podem responder totalmente pela hiperalimentação compulsiva, sendo os fatores emocionais cruciais do desenvolvimento dessa condição (AZEVEDO ; SPADOTTO, 2004).

Dentre as doenças psiquiátricas existentes, a esquizofrenia, depressão e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) são as mais comumente associadas a transtornos alimentares que levam à obesidade, de acordo com os relatos da literatura (BAREFOOT *et al.* 1998; LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007; VARGAS; SANTOS, 2011).

A esquizofrenia é definida como um transtorno psicótico cuja etiologia não está totalmente definida. A doença apresenta disfunções emocionais e cognitivas (VARGAS; SANTOS, 2011). Seus aspectos clínicos característicos são: alucinações e delírios, transtorno de pensamento e fala, perturbações das emoções e do afeto (SILVA, 2006). Além desses sinais, a esquizofrenia pode levar o paciente a diferentes graus de obesidade. Fatores como estilo de vida sedentária, dieta

inadequada e efeitos colaterais das medicações psicoativas elevam a prevalência da relação esquizofrenia/obesidade (LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007).

Um estudo transversal desenvolvido por Leitão-Azevedo *et al.* (2007) teve como objetivo determinar as diferenças de sobrepeso e obesidade entre pacientes esquizofrênicos expostos à clozapina e a demais antipsicóticos. Para o desenvolvimento do estudo, pacientes com idade igual ou maior a 18 anos de ambos os sexos, sem restrição de gênero e etnia foram selecionados. A amostra foi constituída de 121 pacientes, sendo 53 usuários de clozapina, 50 usuários de antipsicóticos típicos e 18 usuários de antipsicóticos atípicos que não à clozapina. Após a avaliação dos dados, não se observou diferença estatística para o IMC entre pacientes usuários de clozapina, antipsicóticos típicos e atípicos entre homens e mulheres para sobrepeso e obesidade.

O estudo desenvolvido por Vargas e Santos (2011) teve por objetivo identificar a prevalência da SM em pacientes portadores de esquizofrenia. Para isso, desenvolveram um estudo transversal, no qual incluíram pacientes masculinos portadores do distúrbio que faziam uso de antipsicóticos por no mínimo dois anos. Neste trabalho foram avaliados 56 pacientes, sendo que 57,2% dessa população apresentou excesso de peso. Além disso, o estudo observou 2,5 vezes mais chances de desenvolver a síndrome em pacientes com uso de antipsicóticos da segunda geração do que o restante a população.

Outro transtorno psiquiátrico que pode levar ao desenvolvimento da obesidade é depressão. A OMS define a depressão como “transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimento de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou apetite” (OMS, 2016, p.1).

Um estudo desenvolvido por Istvan, Zavela e Weidner (1992) teve como objetivo examinar a relação entre o IMC e os sintomas depressivos. Após a análise da amostra, observou-se uma ligeira relação entre o aumento do peso corporal e o risco

de depressão, apenas em mulheres. Assim, os resultados indicam que o peso corporal está fracamente relacionado à depressão, no sexo masculino.

O estudo prospectivo desenvolvido por Barefoot *et al.* (1998) avaliaram a prevalência entre a obesidade e quadros psiquiátricos. O resultado do estudo identificou que quadros depressivos podem potencializar os padrões de peso. Dessa forma, pacientes com elevado IMC, associado a quadros depressivos, apresentam maior chance de ganhar peso com o passar do tempo.

O TCAP é um transtorno psiquiátrico que desencadeia algumas patologias como, dislipidemias, obesidade, hipertensão, entre outras. O TCAP é caracterizado por episódios de ingestão em grande quantidade de alimentos em intervalos curtos de tempo, sensação de perda de controle sobre o ato de comer e em seguida, arrependimento de ter comido (GONÇALVES, 2012).

A terapia cognitivo-comportamental é considerada o tratamento mais adequado para TCAP. Na prática clínica geral, essa terapia busca utilizar técnicas para abordar dificuldades interpessoais e estratégias que propiciem regular a compulsão pelos alimentos (DUCHESNE *et al.*, 2007).

5.3 Tratamento da obesidade em pacientes psiquiátricos

A obesidade é uma doença crônica de alta incidência, e o tratamento proposto pode ser realizado de duas maneiras: não-medicamentosa ou medicamentosa. O tratamento não medicamentoso se dá por alteração do estilo de vida, sendo necessário o ajuste da dieta alimentar em conjunto à atividades físicas (ELKIS *et al.*, 2008).

Um estudo desenvolvido por Gopaldaswamy e Morgan (1985) teve como objetivo identificar fatores associados ao sobrepeso em pacientes com distúrbio mental. Para isso, avaliaram 194 pacientes independente do sexo, idade ou classe social. Para cada paciente coletou-se o tipo de distúrbio, qual medicamento utilizado no

tratamento e o peso do paciente no momento da coleta. Após análise dos dados, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o sobrepeso e o uso de dois ou mais agentes psicotrópicos.

Quanto ao tratamento medicamentoso, derivados anfetamínicos são contraindicados a pacientes psicóticos. O uso da sibutramina pode ser indicado caso haja acompanhamento psiquiátrico, mas sua efetividade não foi comprovada de forma definitiva em pacientes que fazem uso de antipsicóticos (HERDERSON *et al.*, 2005).

Por outro lado, a sibutramina sendo efetiva na redução de peso em pacientes esquizofrênicos tratados com olanzapina, não obteve a mesma redução em pacientes que fazem uso de clozapina. Além disso, relatos de casos de psicose foram observados, possivelmente induzidos pela sibutramina (HERDERSON *et al.*, 2007).

Podem-se observar algumas evidências de que antipsicóticos de segunda geração, quando comparados aos convencionais, são associados a um maior ganho de peso, sendo assim considerado um efeito-colateral já que há uma correlação com a melhora psicopatológica do indivíduo (MELTZER, 2007).

Considerando as evidências apresentadas (ganho de peso e/ou alteração metabólica associada ao uso de antipsicóticos), recomenda-se que seja verificado o grau de acometimento causado pela doença, o histórico de resposta ao uso de fármacos anteriores, nível de adesão ao tratamento, comorbidades médicas ou psiquiátricas, dentre outros. Todos esses aspectos devem ser analisados e avaliados durante a fase de tratamento do paciente (ELKIS *et al.*, 2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

1º passo. Identificação do problema

Para elaborar as etapas de um plano de intervenção ou ação é importante ter um entendimento do que é necessário avaliar previamente, pois são essas etapas prévias que auxiliam a eficácia da elaboração do plano. O primeiro passo é realizado por uma equipe multiprofissional, que planejará e executará o método da “estimativa rápida participativa”, com a participação da comunidade. Este método consiste em examinar registros, entrevistar informantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer. Dessa forma, elabora-se um diagnóstico de saúde de um determinado território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a elaboração desse plano de intervenção geral, entendeu-se o diagnóstico situacional como:

- Alto índice de pacientes psiquiátricos com obesidade;
- Não referenciação e apoio adequado para tratamento da saúde geral desses pacientes;
- Falta de conhecimento desses pacientes sobre a importância do tratamento para obesidade.

2º passo. Priorização dos problemas

O segundo passo é reunir a equipe para criar e discutir as intervenções que a mesma deve fazer para enfrentar os problemas da comunidade. Como a lista de problemas de uma comunidade provavelmente é diversificada deve-se estabelecer coletivamente as prioridades. Como critérios para seleção dos problemas a equipe pode considerar: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los, além de poder incluir outros critérios que julgar relevante (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a elaboração desse plano de intervenção geral, entendeu-se que problema priorizado foi o aumento no índice de pacientes psiquiátricos portando sobrepeso.

3º passo. Descrição do problema

É válido ressaltar que a identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possam definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. O terceiro passo deve avançar no entendimento ou explicação do problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, inclusive pela sua quantificação. Para isso é necessário usar dados do próprio registro da equipe e complementá-los, se necessário, com outras fontes como estudos epidemiológicos e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É um passo muito importante, pelo fato de afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar e por obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano (COSTA; FARIA; SANTOS, 2010).

No presente estudo, no qual um problema de qualquer UBS, a descrição do problema priorizado não contém indicadores e sim informações baseadas no entendimento da literatura atual:

- Frequência aumentada da obesidade para pacientes psiquiátricos.
- A equipe de saúde pode realizar uma anamnese detalhada, avaliando fatores diretamente relacionados com o problema, como: saúde mental, hábitos alimentares e frequência de atividades físicas.

4º passo: Explicação do problema

Após análise de dados descritos na literatura o problema selecionado é de interesse para a UBS, pois há a dificuldade de dispor de profissionais de saúde capacitados para dar apoio e informação à família de um paciente com transtorno mental e obesidade. Observou-se que a causa da obesidade em pacientes psiquiátricos advém do hábito alimentar inadequado, falta de exercício físico e drogas usados para o tratamento do transtorno.

5º passo. Identificação dos nós críticos

Causas ou situações que geram o problema prioritário:

- Hábitos alimentares inadequados
- Baixa qualidade de vida

Os hábitos alimentares desses pacientes tendem a ser o consumo excessivo de alimentos com alto teor calórico e intervalos de tempo curtos, sendo que o ideal é uma alimentação fracionada em seis refeições por dia, com intervalos de 2 a 3 horas. A baixa qualidade de vida está atrelada a dificuldade de se inter-relacionar.

6º passo. Desenho das operações

As operações do plano de ação são conjuntas de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos: econômicos ou financeiros; organizacionais ou referente à estrutura física, recursos humanos e equipamentos; cognitivos ou referentes a conhecimentos disponíveis e acumulados; de poder ou referente a recursos políticos. Tradicionalmente, o recurso mais valorizado e requisitado é o recurso econômico. Muitas vezes, o fracasso de um plano está ligado justamente à baixa valorização atribuída aos outros recursos que são negligenciados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os nós críticos como citado anteriormente, são as causas principais responsáveis pelo problema. Assim, os quadros 2 e 3 apresentam dois fatores relacionados a causa principal para a intervenção da obesidade em pacientes psiquiátricos.

Quadro 2 – Operação sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da obesidade em pacientes psiquiátricos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Sete Lagoas/MG.

Nó crítico 1	Hábitos alimentares inadequados
Operação (operações)	Realização de uma anamnese criteriosa e entrega de um relatório para preenchimento de dados relacionados à alimentação durante um período pré-estabelecido.
Projeto	Reeducando o paladar
Resultados esperados	Melhora da alimentação com conseqüente redução de peso.

Produtos esperados	Visita domiciliar da equipe de saúde com utilização de materiais didáticos e distribuição de panfletos educativos.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe de saúde composta por médicos, nutricionista, enfermeiros, agentes de saúde e psicólogos. Cognitivo: Reunião entre a equipe de saúde para esclarecimento e debate do tema. Financeiro: Recurso para impressão de panfletos educativos. Político: Divulgação do tema em destaque na área de atuação
Recursos críticos	Estrutural: Adesão da equipe de saúde Cognitivo: Informações claras e objetivas sobre o tema abordado Político: Adesão do gestor local Financeiro: recurso para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)
Controle dos recursos críticos	Motivação favorável da equipe de saúde
Ações estratégicas	Visitas domiciliares, divulgação de informações, marcação de consultas/exames
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Secretário de saúde, gestor do local e coordenadores específicos de cada área da saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Cadastro virtual dos pacientes, avaliação do relatório sobre a dieta – caso haja dificuldades no preenchimento do relatório, um profissional da equipe será enviado para auxiliar o indivíduo.

Quadro 3 – Operação sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema da obesidade em pacientes psiquiátricos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Sete Lagoas/MG.

Nó crítico 2	Baixa qualidade de vida
Operação (operações)	Realização de uma anamnese criteriosa, avaliando tipo de atividades físicas realizadas
Projeto	Atividade física é vida
Resultados esperados	Melhora da qualidade de vida com exercícios físicos e consequente redução de peso.
Produtos esperados	Visita domiciliar da equipe de saúde com utilização de materiais didáticos, distribuição de panfletos educativos e mobilização para atividades físicas coletivas.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe de saúde composta por médicos, nutricionista, enfermeiros, agentes de saúde e psicólogos. Cognitivo: Reunião entre a equipe de saúde para esclarecimento e debate do tema. Financeiro: Recurso para impressão de panfletos educativos. Político: Divulgação do tema em destaque na área de atuação
Recursos críticos	Estrutural: Adesão da equipe de saúde Cognitivo: Informações claras e objetivas sobre o tema abordado Político: Adesão do gestor local Financeiro: recurso para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)
Controle dos recursos críticos	Motivação favorável da equipe de saúde
Ações estratégicas	Visitas domiciliares, divulgação de informações, atividades físicas coletivas
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Secretário de saúde, gestor do local e coordenadores específicos de cada área da saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Cadastro virtual dos pacientes, avaliação dos relatos sobre atividades físicas e monitoramento da adesão às atividades físicas coletivas – Caso seja observado pouca adesão ao projeto, novas formas de incentivo devem ser divulgadas.

7º passo: Identificação dos recursos críticos

“São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-lo” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.67).

Após avaliar os nós críticos, torna-se importante planejar ações que possam ser executadas e que auxiliem a execução dos mesmos (Quadro 4).

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos relacionado ao problema da obesidade em pacientes psiquiátricos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Sete Lagoas/MG.

Projeto	Recursos
Aumentar nível de conhecimento dos pacientes e responsáveis	Organizacional. Articulação da equipe de saúde Cognitivo
Realização de atividades físicas ao ar livre	Organizacional. Articulação da equipe de saúde Cognitivo
Planejamento adequado segundo protocolo	Cognitivo. Político, articulação entre os setores da saúde com outros níveis de atenção e profissionais. Organizacional.

8º passo: Análise da viabilidade

“Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais, que são: quais os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.67).

O quadro 5 apresenta a viabilidade do plano, apresentando quais os recursos

críticos e quais os profissionais serão responsáveis pelo desenvolvimento de cada recurso.

Quadro 5 - Propostas de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para aumentar nível de conhecimento relacionado ao problema da obesidade em pacientes psiquiátricos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Sete Lagoas/MG.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos Recursos críticos.	Ação estratégica
		Ator que controla Motivação	
Aumentar nível de conhecimento dos pacientes e responsáveis	Organizacional Cognitivo	Médica, Enfermeira, Favorável Técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde	Aumentar nível de conhecimento das alterações e a obesidade
Realização de atividades físicas ao ar livre	Organizacional Cognitivo	Médica, Enfermeira Favorável Técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde	Aumentar atividades de promoção.
Planejamento adequado segundo protocolo	Organizacional Cognitivo	Gerência da UBS, Favorável Médica, enfermeira.	Aumentar número de controles

9º passo. Elaboração do Plano Operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. No Quadro 6 apresentamos o plano operativo para aumentar o nível de conhecimento relacionado ao problema da obesidade em pacientes psiquiátricos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Sete Lagoas/MG.

Quadro 6 – Plano operativo para aumentar o nível de conhecimento relacionado ao problema da obesidade em pacientes psiquiátricos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Sete Lagoas/MG.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar nível de conhecimento dos pacientes e responsáveis	Aumento das informações sobre a relação a psiquiatria e obesidade dos pacientes e responsáveis	Programa de campanha na rádio local e realização de palestras.	Realizar atividades educativas individuais e coletivas na população descrita	Médica e Enfermeira	2 meses para o início
Realização de atividades físicas ao ar livre	Melhorar qualidade de vida e integração social	Realização de grupos de atividades físicas	Formação de grupos operativos	Médica, Enfermeira e Agente comunitário de saúde	3 meses para o início
Planejamento adequado segundo protocolo	Melhorar seguimento e controle dos pacientes obesos e psiquiátricos	Identificação 100% dos pacientes nessa situação	Cadastramento e acompanhamento dos indivíduos	Médica, Enfermeira e Agente comunitário de saúde	3 meses para o início

7 CONCLUSÃO

É preciso seguir todas as etapas do plano de intervenção sugerido para que haja eficiência em sanar os nós críticos do problema. É necessária uma ação educativa com os profissionais de saúde da UBS JK para aumentar sua sensibilidade a sintomas psicológicos e assim poder estabelecer um cuidado eficaz no combate à associação de doenças, realizar intervenções educativas com os cuidadores e com o próprio paciente de saúde mental obeso, como forma de agregar meios na solução do problema.

Espera-se que esta proposta de intervenção promova ações reflexivas por parte dos profissionais de saúde da UBS quanto ao paciente psiquiátrico obeso, além do papel social destes profissionais na execução do processo de trabalho cotidiano na atenção básica juntamente com o auxílio de outras equipes multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. **Dados Epidemiológicos sobre Obesidade**. 2016. Disponível em <http://www.abeso.org.br>. Acessado em 15/10/2016.
- AZEVEDO, M. A. S. B.; SPADOTTO, C. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. **Temas em Psicologia da SBP**, v.12, n.2, p. 127-44, 2004.
- BAPTISTA, M.N.; VARGAS, J.F.; BAPTISTA, A.S.D. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 235-47, 2008.
- BAREFOOT, J.C.; HEITMANN, B.L.; HELMS, M.J.; WILLIAMS, R.B.; SURWIT, R.S.; SIEGLER, I.C. Symptoms of Depression and Changes in Body Weight from Adolescent to Mid-Life. **Int J Obes**, v. 22, n. 7, p. 688-94, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. <http://dab.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 mar. 2017.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 05 mar. 2017.
- COSTA, F.S.; BANDEIRA, D.R.; TRENTINI, C.; BRILMANN, M.; FRIEDMAN, R.; NUNES, M.A. Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 2, p. 287-293, 2009.
- DEVLIN, M.; IANOVSKI, S.Z.; WILSON, G.T. Obesity: What mental health professionals need to know. **American Journal of Psychiatry**, v.156, p. 854-66, 2000.
- DOBROW, I.J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, Supl III, p. 63-7, 2002.
- DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J.C.; RANGÉ, B.P.; FREITAS, S.; PAPELBAUM, M.; COUTINHO, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria**. v.29, n. 1, p. 80-92, 2007.
- ELKIS, H.; GAMA, C.; SUPPLY, H.; TAMBASCIA, M.; BRESSAN, R.; LYRA, R.; CALVANTE, S.; MINICUCCI, W. Consenso Brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. 1, p. 77-85, 2008.

GONÇALVES, M. Psiquiatria na prática médica – Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico TCAP. **Psychiatr On line Bra**, v. 17, n 10, 2012.

GOPALASWAMY, A.K.; MORGAN, R. Too many chronic mentally disabled patients are too fat. **Acta Psychiatr Scand**, v. 72, n. 3, p. 254-8, 1985.

GREENWAY, F.L.; SMITH, S.R. The future of obesity. **Research Ingestive Behavior and Obesity Nutrition**, v. 16, p.976-982, 2000.

HENDERSON, D.C.; COPELAND, P.M.; DALEY, T.B.; BORBA, C.P.; CATHER, C.; NGUYEN, D.D.; LOUIE, P.M.; EVINS, A.E.; FREUDENREICH, O.; HAYDEN, D.; GOFF, D.C. A double-blind, placebo-controlled trial of sibutramine for olanzapine-associated weight gain. **Am J Psychiatry**, v. 162, n.5, p. 954-62, 2005.

HENDERSON, D.C.; FAN, X.; COPELAND, P.M.; BORBA, C.P.; DALEY, T.B.; NGUYEN, D.D.; ZHANG, H.; HAYDEN, D.; FREUDENREICH, O.; CATHER, C.; EVINS, A.E.; GOFF, D.C. A double-blind, placebo-controlled trial of sibutramine for clozapine-associated weight gain. **Acta Psychiatr Scand**, v.115, n. 2, p. 101-5, 2007.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. 2016. Acessado em: 15/10/2016.

ISTVAN, J.; ZAVELA, K.; WEIDNER, G. Body weight and psychological distress in NHANES I. **Int J Obs**, v. 16, p. 999-1003, 1992.

LEITÃO-AZEVEDO, C.L.; GUIMARÃES, L.R.; LOBATO, M.I.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. **Rev. Psiqu. Clín**, v.34, p. 184-88, 2007.

PRINCE, M. *et al.* No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, p. 859–877, 2007.

MELTZER, H.Y. Illuminating the molecular basis for some antipsychotic drug-induced metabolic burden. **Proc Natl Acad Sci**, v. 104, n. 9, p. 3019-20, 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Organização Mundial de Médicos de Família. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**, 250 p., 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. 2016. Acessado em: 15/10/2016.

RENMAN, C.; ENGSTRÖM, I.; SILFEVRDAL, S.A.; AMAN, J. Mental Health and Psychosocial Characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. **Acta Paediatrica**, v. 88, p. 998-1003, 1999.

ROCHA, F.F.; BEZERRA, B.P.S. Síndrome metabólica e transtorno psiquiátricos: uma associação que não pode ser esquecida. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n.6, p. 1138-1139, 2006.

SEGAL, A.; FANDINO, J. Indicações e Contra-Indicações para realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24 (Supl III), p. 68-72, 2002.

SILVA, R.C.B. Chizophrenia: a review. **Psicologia USP**, v.17, n4, p. 263-85, 2006.

TOALSON, P.; AHMED, S.; HARDY, T.; KABINOFF, G. The Metabolic Syndrome in Patients With Severe Mental Illnesses. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, v. 6, n. 4, p. 152–158, 2004.

VARGAS, T.S.; SANTOS, Z.E.A. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. **Scientia Medica**, v. 21, n. 1, p. 4-8, 2011.

VASQUES, F.; MARTINS, F.C.; AZEVEDO, A.P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Rev. Psiq. Clín**, v. 31, n. 4, p. 195-8, 2004.