

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ALEXIS OSMANI MEDINA QUESADA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: OBESIDADE EM ADULTOS
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
OLHO D'ÁGUA DAS FLORES**

Olho d' Água das Flores - Alagoas

2015

ALEXIS OSMANI MEDINA QUESADA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: OBESIDADE EM ADULTOS
ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
OLHO D'ÁGUA DAS FLORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Vanessa Lara de Araújo

Olho d'Água das Flores - Alagoas

2015

RESUMO

Nos últimos anos, a obesidade deixou de ser um problema de saúde exclusivo dos países desenvolvidos, e agora é considerada por muitos como uma pandemia. O Brasil não está imune aos efeitos da doença, mesmo em suas regiões mais pobres. A obesidade contribui com o surgimento de doenças crônicas e incapacidades, afetando a saúde e a qualidade de vida do indivíduo e da sua família. O diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde do município Olho d' Água das Flores (Alagoas) revelou que o problema prioritário dessa região é a alta prevalência de obesidade em adultos. Considerando a alta prevalência nessa região e por se tratar de uma doença que é fator de risco para outras patologias, este estudo teve como objetivo geral elaborar um plano de intervenção para reduzir a obesidade na Unidade Básica de Saúde do município Olho d' Água das Flores, Alagoas. Para o desenvolvimento deste projeto foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional conforme os textos do módulo de "Planejamento e avaliação das ações em saúde". Além disso, uma revisão da literatura sobre o tema obesidade foi realizada. Por fim, três projetos (Viver saudável, Conhecendo a obesidade e Cuidar melhor) que visam minimizar o problema da obesidade na área foram criados no plano de intervenção.

Palavras-chave: sobrepeso, obesidade, exercício físico, estilo de vida.

ABSTRACT

In recent years, obesity is no longer an exclusive health problem in developed countries. Nowadays, it is considered a pandemic. Brazil is not immune to the effects of this disease, even in its poorest regions. Obesity contributes to the development of chronic diseases and disabilities, affecting the health and quality of life of the individual and his family. The diagnosis of a basic health unit of Olho d' Água das Flores city (Alagoas, Brazil) revealed that the primary problem of this region is the high prevalence of obesity in adults. Considering the high prevalence in this region and its association with other diseases, this study aimed to draw up an intervention plan to reduce obesity in a basic health unit of Olho d' Água das Flores, Alagoas, Brazil. To develop this project, we used the method of Situational Strategic Planning as the texts of the "Planning and evaluation of actions in health" module. Moreover, a literature review about obesity was made. Finally, three projects (Healthy life, Knowing obesity and Take better care) aiming to minimize the problem of obesity in the area were developed.

Keywords: overweight, obesity, physical exercise, lifestyle.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVO.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O município Olho d'Água das Flores é um dos municípios do sertão alagoano localizado a 197 km da capital e com uma área total 183.442 km². Apresenta uma população de 19.805 habitantes e aproximadamente 5.706 famílias. O município tem um índice de desenvolvimento humano de 0,606% e uma taxa de urbanização de 68,70%. O abastecimento de água tratada é de 91,62% e o recolhimento de esgoto por rede pública é de 0,37%. As principais atividades econômicas são comércio, agropecuária e serviços (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB). O quadro 1 apresenta o total da população nas áreas urbana e rural de acordo com faixa etária.

Quadro 1 - População do município Olho d'Água das Flores

	Faixa Etária (anos)									Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	>60	
Área urbana	217	898	1187	1395	1393	1153	3462	2675	1458	13838
Área rural	66	380	529	702	685	462	1386	1045	712	5967
Total	283	1278	1716	2097	2078	1615	4848	3720	2170	19805

Fonte: SIAB

O município apresenta sete equipes de saúde da família, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Não existem redes de média e alta complexidade e o sistema de referência e contra-referências é precário, pois é muito difícil de ter acesso a algumas especialidades e, quando isso acontece, quase nunca temos contra-referência e não sabemos como foi e será o manuseio do caso. O Conselho Municipal de Saúde é composto por 24 pessoas, sendo seis gestores, seis trabalhadores e doze usuários, que se reúnem uma vez por mês. O presente trabalho está relacionado com uma das equipes de saúde da família: Nossa Senhora da Conceição.

A unidade básica de saúde está localizada em zona rural, numa comunidade chamada Povoado Pedrão e tem uma área de abrangência muito extensa, o que dificulta o acesso. Tem uma população de 2.459 habitantes e 694 famílias (SIAB). Com um elevado índice de analfabetismo, a principal fonte de renda é a agricultura e

a pecuária (SIAB). Além do posto de saúde, a comunidade tem uma escola pública, pequenos mercados, duas cooperativas de leite e várias igrejas de diferentes crenças. Existe cobertura de luz elétrica e a água é distribuída pela rede pública e por carros pipas.

A unidade tem uma boa estrutura, com farmácia, arquivo, recepção, sala de espera, copa, banheiro, sala de vacinas, consultório médico, odontológico e de enfermagem, sala de curativo e almoxarifado. A equipe é composta por um motorista, um auxiliar de limpeza, sete agentes comunitários, um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e um médico. O horário de atendimento é de 7:00 às 12:00 horas e de 14:00 às 17:00 horas. As consultas são realizadas segundo o Quadro 2.

Quadro 2 - Calendário de atividades

Turno/ Dias	Segunda- feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Demanda Agendada	Consulta Prenatal	Puericultura	Consulta Samambaia*	Demanda Livre
Tarde	Domiciliar	Demanda Agendada	Curso Aten.Bás.	Consulta Samambaia*	Curso Aten. Bás.

*Samambaia é uma comunidade que pertence à unidade de saúde, mas que fica afastada e tem local para consultas e assistência de pessoas.

As principais causas de morbidade são as infecções respiratórias, verminoses, doenças da pele, problemas musculoesqueléticos, hipertensão arterial, diabetes mellitus e a obesidade em adultos, que quase nunca constitui motivo de consulta, mas muitas vezes acompanha as outras doenças (SIAB).

A partir das fontes de dados, registros existentes, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área, diversos problemas de saúde na área de abrangência foram identificados. Os problemas identificados foram: alta prevalência de obesidade, hipertensão arterial descompensada, Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada, saneamento básico deficiente e abastecimento de água tratada deficiente.

Após identificar os problemas, foi necessário fazer a priorização dos que seriam enfrentados. Como critérios para priorizar os problemas foram considerados: a importância do problema, a urgência do problema e capacidade do grupo para enfrentá-lo (CAMPOS; FARIAS e SANTOS, 2010). Com base nesses critérios, o Quadro 3 foi desenvolvido para auxiliar na identificação do problema prioritário.

Quadro 3 - Classificação das prioridades para os problemas identificados.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de obesidade	Alta	8	Parcial	1
Hipertensão arterial descompensada	Alta	6	Parcial	2
Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada	Alta	6	Parcial	2
Saneamento básico deficiente	Alta	5	Parcial	3
Abastecimento deficiente de água tratada	Alta	4	Parcial	4

O problema prioritário identificado no diagnóstico situacional foi a alta prevalência de obesidade em adultos. Com uma população adulta (20 anos de idade ou mais) de 1.483 pessoas, sendo 724 homens e 759 mulheres, foi avaliado o estado nutricional (por meio do índice de massa corporal - IMC) de 381 homens e 617 mulheres que assistiram a consulta. O resultado foi 54 homens obesos (IMC maior ou igual a 30 kg/m²), o que representa 14,1%. Foram detectadas 112 mulheres obesas, o que representa 18,1%, dados que se encontram ligeiramente acima da média nacional, que segundo dados do IBGE (2010), é de 12,5% para os homens e 16,9% para as mulheres.

Após escolha do problema prioritário, nós críticos desse problema foram identificados. Sendo a obesidade fundamentalmente resultado de um desequilíbrio entre produção e consumo de energia, consideramos como nós críticos: (1) os

hábitos e estilos de vida pouco saudáveis (alimentação deficiente e pouca atividade física regular); (2) o desconhecimento por parte da população da obesidade como doença e fator de risco e (3) a deficiente estrutura dos serviços de saúde para enfrentar o problema. A estrutura foi considerada falha porque não se aplica o protocolo para o acompanhamento da obesidade devido à deficiências em recursos humanos e materiais. Diante do exposto, a proposta deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de reduzir a obesidade em uma Unidade de Saúde da Família do município Olho d'Água das Flores, Alagoas.

2 JUSTIFICATIVA

A obesidade é definida como o acúmulo de gordura corporal, resultando em excesso de peso. A maneira mais freqüentemente utilizada para quantificar a obesidade é por meio do IMC. Indivíduos com IMC acima de 25 kg/m² são classificados como portadores de sobrepeso e com IMC maior ou igual a 30 kg/m² são considerados obesos. A obesidade classe I ou leve é considerada para valores entre 30,0 e 34,9 kg/m² e está relacionada ao risco moderado para desenvolvimento de comorbidades. A obesidade classe II ou moderada, por sua vez, inclui os valores entre 35,0 e 39,9 kg/m², sendo relacionada ao grave risco de desenvolvimento de comorbidades. Por fim, a obesidade classe III ou severa é confirmada para valores acima de 40 kg/m², os quais se relacionam ao risco muito grave de desenvolvimento de comorbidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A obesidade é uma doença de solução aparentemente fácil, pois é causada por um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o consumo energético. No entanto, até agora, muito pouco foi feito para conter ou reverter a progressão desse problema (VAN DE SANDE-LEE e VELLOSO, 2012).

Atualmente, é um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo, e está avançando de forma rápida e progressiva, sem diferenciar raça, sexo, idade ou nível social. Nos últimos anos, a obesidade deixou de ser um mero problema “estético” e de “desleixo”, tratado com despeito por pacientes e profissionais de saúde, para tornar-se uma alarmante e assustadora realidade (REPETTO; RIZZOLLI e BONATTO, 2003, p. 633).

Para a realização deste trabalho, foi feito um diagnóstico situacional de uma unidade de saúde do município Olho d'Água das Flores, em que a obesidade se destacou como um fator bastante relevante por ter alta prevalência e por se tratar de uma doença que é fator de risco para outras patologias. Diante disso, surgiu a necessidade de uma ação para o combate da mesma por meio de um trabalho conjunto tanto pela equipe de saúde da família quanto pelos profissionais do NASF e a comunidade. A equipe envolvida neste projeto pode auxiliar no controle desta doença por meio de ações de promoção de saúde que estimulem o melhor equilíbrio entre produção e consumo de energia e melhorem a qualidade de vida da comunidade.

Uma forma de minimizar os agravos relacionados à obesidade seria por meio da prática regular de atividade física e da mudança dos maus hábitos alimentares. Uma possibilidade é a elaboração de um plano de ação que estimule e incentive a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática habitual de atividades físicas nesta população, e desperte na mesma a importância desses hábitos, como uma forma de melhorar as condições de saúde. Além disso, torna-se relevante despertar nos gestores a importância de investimento em espaços próprios para essa prática por meio de um trabalho contínuo e de qualidade. Os benefícios da realização desse plano de ação podem ser a melhora da saúde da população e a redução dos custos do tratamento da obesidade e suas comorbidades.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para redução da obesidade em uma Unidade Básica de Saúde do município Olho de Água das Flores em Alagoas.

3.2 Específicos

- Propor medidas para reduzir os casos de obesidade.
- Propor medidas para diminuir as complicações associadas à obesidade nos adultos obesos.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos do Módulo de “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). Além disso, uma revisão narrativa da literatura sobre a obesidade foi realizada. Para encontrar as evidências científicas atuais sobre o tema, uma busca de artigos nas seguintes bases de dado foi realizada: SCIELO e MEDLINE. Os seguintes descritores foram utilizados na busca de artigos: sobrepeso, obesidade, exercício, estilo de vida, atenção primária à saúde.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 Obesidade: um conflito evolutivo?

De acordo com Halpern (1999), a obesidade não constitui um fenômeno recente. Já existiam pessoas obesas na época paleolítica, há mais de 25.000 anos atrás. No entanto, a sua prevalência nunca atingiu proporções tão epidêmicas como as atuais. O aumento da obesidade foi constatado em praticamente todos os países em que há acesso a alimentos.

Durante séculos e séculos, foi uma constante para a espécie humana as privações e carências calóricas e proteicas, sendo ~~e~~ sempre ~~foi~~ necessário muito trabalho, principalmente físico, para a obtenção e preparo dos alimentos. Na atualidade a situação é muito diferente, pois existe uma maior facilidade para se obter alimentos, e o padrão de vida é cada vez mais sedentário. A ~~as~~ pessoas comem cada vez mais e se movimentam menos, provocando assim um excesso calórico que favorece o desenvolvimento ~~a~~ ~~aparição~~ da obesidade em pessoas predispostas geneticamente, o que torna a obesidade ~~de~~ ~~se~~ uma grande ameaça para a saúde dos habitantes da maioria das nações, principalmente as do mundo ocidental (REPETTO; RIZZOLLI e BONATTO, 2003).

Segundo Halpern (1999), a capacidade de armazenar energia sob a forma de gordura é fundamental para suprir nossos requerimentos vitais. Na pré-história, a luta diária pela sobrevivência (procurar alimentos, proteção contra o frio, movimentação constante) exigia de nossos antepassados grande capacidade de estocar energia e de obter proteção térmica. Presumivelmente, eles teriam em seu organismo mecanismos (genes para promover adipogênese, processos enzimáticos, etc.) que facilitassem a obtenção desta reserva e desta proteção térmica e o resultado final era a produção constante de gordura, que também era rapidamente metabolizada para prover as grandes queimas calóricas diárias, sobrevivendo, por seleção natural, os melhores adaptados. Essa capacidade de armazenar gordura - essencial para nossos antepassados - tornou-se prejudicial com os padrões de vida atuais, nos quais a excessiva oferta de alimentos acoplada aos crescentes confortos da vida moderna nos conduz à obesidade. Dessa forma, o autor conclui que a obesidade é uma doença resultante do conflito entre genes antigos e vida moderna.

5.2 Epidemiologia

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE 2002-2003, cerca de 40% da população adulta brasileira apresentava excesso de peso e, entre estes, 8,9% de homens e 13,1% de mulheres eram obesos. Comparando-se estimativas da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2002-2003 com as de pesquisas anteriores realizadas no Brasil em 1974 e 1975 (Estudo Nacional da Despesa Familiar, ENDEF) e em 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, PNSN), entre os homens, a prevalência do excesso de peso duplicou e a de obesidade triplicou. A evolução de excesso de peso e obesidade entre mulheres mostrou aumentos de cerca de 50% entre 1974 e 1989 e relativa estabilidade entre 1989 e 2003.

Dados do IBGE (2010) amostram que, atualmente no Brasil, cerca de metade da população adulta apresenta excesso de peso, enquanto 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres apresentam obesidade. Desde 1974, observou-se aumento da prevalência de excesso de peso de quase três vezes em homens adultos e de quase duas vezes em mulheres adultas. No mesmo período, a prevalência de obesidade aumentou em mais de quatro vezes no sexo masculino e em mais de duas vezes no sexo feminino.

De acordo com Vedana et al. (2008), em adultos da região do sul do Brasil, a prevalência de obesidade foi de 23,5%, sendo maior em mulheres (26,1%) do que em homens (19,3%). Mulheres mais idosas, de menor renda e com história familiar apresentaram maiores prevalências, enquanto, nos homens, a prevalência foi maior com o aumento da idade e entre os sedentários.

O crescimento maior da obesidade nas populações menos favorecidas é consequência, principalmente, da mudança do seu padrão alimentar, propiciada por uma maior capacidade de obter alimentos e à tendência à preferência de alimentos ricos em gorduras. No Brasil, o padrão de alimentação definitivamente mudou, pois as pessoas cada vez mais comem menos carboidratos e mais gorduras. Esse processo que também é observado em outros países emergentes é conhecido como transição nutricional (MONTEIRO, 1995). É interessante observar que nas mulheres mais favorecidas do Sudeste, foi observado diminuição da prevalência da obesidade (MONTEIRO e CONDE, 1999). Segundo esses autores, esse fato pode-se dever ao

maior acesso das mulheres às informações sobre os problemas da obesidade, da alimentação desequilibrada e do sedentarismo, veiculadas fundamentalmente pela mídia.

5.3 Causas da obesidade.

São muitos os fatores relacionados na gênese da obesidade, como os genéticos, os fisiológicos e os metabólicos. No entanto, os fatores que poderiam explicar o crescente aumento do número de indivíduos obesos, provavelmente estão mais relacionados às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares, como o aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética, e a diminuição da prática de exercícios físicos (OLIVEIRA et al., 2003).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2000), os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas exercem influência sobre o balanço energético, sendo considerados os principais fatores passíveis de modificação determinantes da obesidade.

O que determina de forma imediata se haverá ou não acúmulo de gordura e, por consequência obesidade, é o balanço energético, definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral (BRASIL, 2006). Embora o fator genético contribua para a ocorrência da obesidade, na atualidade, é proposto que somente uma pequena parcela dos casos de obesidade possa ser atribuída a esses fatores (WHO, 2011).

O conhecimento sobre os mecanismos que levam à perda do controle homeostático do balanço energético em modelos animais de obesidade cresceu muito nos últimos anos. Esses mecanismos envolvem o desenvolvimento de um processo inflamatório no hipotálamo e eventualmente lesão neuronal, resultando em resistência local à ação da leptina e da insulina. Em humanos também existem indícios, embora indiretos, de que alterações semelhantes estejam presentes na obesidade. Intervenções capazes de frear ou limitar esse processo podem se tornar importantes estratégias para a prevenção e o tratamento da obesidade e de doenças relacionadas (VAN DE SANDE-LEE, 2012).

Em modelos animais de obesidade, o fenômeno de resistência hipotalâmica à ação de hormônios adipostáticos, particularmente a leptina e a insulina, tem sido bem caracterizado. Ao que tudo indica, nestes animais ocorre uma íntima associação entre a resistência a esses hormônios no sistema nervoso central e a gênese da obesidade. Nos próximos anos, devem se intensificar as buscas por métodos que permitam o estudo da ação da leptina e insulina no sistema nervoso central de humanos. A caracterização da resistência à ação destes hormônios no hipotálamo de humanos obesos deverá abrir novas perspectivas para a abordagem terapêutica desta doença (VELLOSO, 2006).

Nos obesos mórbidos, fatores hereditários, nutricionais e ambientais contribuem para o desencadeamento da obesidade. Alguns fatores parecem ter maior importância que outros, como a história familiar e o início da obesidade. Sabe-se que a obesidade classe III é uma doença de difícil tratamento clínico pela necessidade de continuidade das mudanças comportamentais e de hábitos de vida a longo prazo. A elevada frequência de fatores de risco cardiovascular, mesmo em indivíduos jovens, pode contribuir para uma morbi-mortalidade precoce deste grupo (PORTO et al., 2002, p. 672).

5.4 Conseqüências da obesidade

O sobrepeso e a obesidade contribuem com o surgimento de doenças crônicas e incapacidades, afetando a saúde e a qualidade de vida do indivíduo e da sua família. A obesidade está associada com uma grande variedade de alterações no organismo, como: endócrinas, cardiovasculares, gastrointestinais, pulmonares, ortopédicas, neurológicas, dermatológicas e psicossociais (DINIZ e PROENÇA, 2009). O mesmo autor considera que a obesidade na adolescência pode ser um fator de risco para morte prematura na vida adulta, independente da presença de obesidade nesta etapa da vida.

De acordo com Mello (2004), as complicações da obesidade são: (1) Articulares: Maior predisposição a artrose, osteoartrite, entre outras; (2) Respiratórias: Aumento do esforço respiratório, tendência a hipóxia, infecções, apneia do sono, asma; (3) Cardiovasculares: Hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia cardíaca; (4) Cutâneas: Maior predisposição a micose, dermatite, piodermite. (5) Endocrinometabólicas: Resistência à insulina, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, infertilidade, menarca precoce; (6) Gastrointestinais: Litíase vesicular, esteatose hepática; (7) Neoplásicas:

Maior freqüência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/reto, próstata; (8) Psicossociais: Ansiedade, depressão, discriminação social, isolamento; e (9) Cirúrgicas: Aumento do risco cirúrgico.

Considerados estes agravantes, é possível considerar que indivíduos obesos têm menor expectativa de vida e risco de morte prematura de até 100% maior que indivíduos com valor de IMC classificado como normal (VIANNA e NOVAES, 2009). Além dos problemas biológicos, a obesidade também pode causar prejuízos financeiros, contribuindo para elevar os custos para a família, a sociedade e o Sistema Único de Saúde (SUS). Somente para internações associadas à obesidade e sobrepeso, o SUS gasta, anualmente, aproximadamente 600 milhões de reais (ENES e SLATER, 2010).

5.5 Enfrentamento da obesidade

Uma das coisas que torna o tratamento da obesidade muito difícil segundo Meyer (1999) é a variabilidade do metabolismo basal que existe entre as pessoas e entre circunstâncias diferentes. Dessa forma, pode acontecer a situação em que uma pessoa pode engordar e outra não, embora as duas tenham a mesma ingestão calórica. Também é importante considerar que a atividade física de obesos é geralmente menor do que a de não obesos, porém os obesos consomem mais energia fazendo a mesma atividade física que os não obesos.

A obesidade deve ser reconhecida e tratada como uma doença, devendo o obeso entender que a perda de gordura corporal tem o propósito de redução da morbidade e mortalidade relacionada à obesidade, e não apenas a melhora estética. Com perdas de 5 a 10% do peso corporal podem-se observar reduções expressivas dos níveis da pressão arterial, glicemia e lipídios (WADDEN e FOSTER, 2000).

Para o tratamento da obesidade é muito importante a abordagem multidisciplinar, conhecendo que não existe nenhum tratamento eficaz isoladamente. Qualquer que seja o tratamento escolhido, deve-se associar mudanças no estilo de vida. O tratamento irá depender da gravidade do problema, das complicações existentes e das características próprias do indivíduo (FERREIRA, 2005).

Segundo os Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia (2002), a utilização de fármacos não deve substituir a dieta, a redução da ingestão de alimentos, os exercícios físicos (como caminhadas e natação) e as modificações dos hábitos de vida, pois esses consistem nos fundamentos do tratamento da obesidade.

A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO (2010) afirma que o tratamento da obesidade fundamenta-se nas intervenções para modificação do estilo de vida, na orientação dietoterápica, no aumento da atividade física e em mudanças comportamentais. O tratamento medicamentoso só é indicado quando não há perda de peso com a adoção de medidas não farmacológicas.

Para Mendonça (2005), a cirurgia gástrica tem suas indicações específicas, podendo ser aplicada a pessoas com obesidade severa (IMC acima de 35) com comorbidades importantes, ou obesidade muito severa (IMC acima de 40) e que tenham recebido tratamento dietoterápico e medicamentoso sem sucesso. É muito importante considerar que, embora até hoje, esse procedimento seja o tratamento mais eficaz da obesidade severa, essa cirurgia pode desencadear complicações nutricionais e metabólicas ainda não totalmente esclarecidas (FARIA et al., 2010).

Um dos tratamentos mais seguros para a obesidade é o tratamento não medicamentoso. Segundo Nonino-Borges; Borges e Santos (2006), este tratamento inclui a prática de atividade física formal, aumento da atividade física informal e mudanças do hábito alimentar. Dessa forma, as ações a serem realizadas para controle da obesidade devem ser direcionadas para promover a alimentação saudável e a realização regular de atividade física. Essas medidas serão aplicadas de forma diferenciada de acordo com a fase do curso da vida – crianças, escolares, adolescentes, homens, mulheres, gestantes, idosos. A alimentação e as modalidades de exercício físico a ser prescrita também diferem segundo o sexo, o nível de renda, a cultura, a idade e o local de moradia. Todos esses parâmetros devem ser considerados no momento de intervir no controle da obesidade (BRASIL, 2006).

A redução do consumo de alimentos calóricos constitui a base da maior parte dos tratamentos dietéticos da obesidade. O fato de aderir e dar continuidade a esse tipo de tratamento geralmente é a parte mais difícil para a maioria das pessoas obesas,

precisando muitas vezes do apoio e incentivo profissional para obtenção do resultado esperado. É recomendável nos tratamentos dietéticos incentivar o consumo de alimentos com menos gorduras e calorias, substituir os carboidratos simples e muito processados por alimentos ricos em fibras, frutas, vegetais e carboidratos complexos. Além disso, é importante realizar as refeições de maneira devagar, em ambientes tranquilos e evitar associar emoções com ingestão alimentar (MANCINI et al., 1996). A reeducação alimentar deve ser gradativa, negociando as substituições alimentares, despertando novos prazeres, sugerindo alimentos, preparações saudáveis, mas também acessíveis, prazerosas e bonitas, considerando os aspectos econômicos, culturais e sensoriais do sabor e da aparência (BRASIL, 2006).

O efeito dos componentes (macronutrientes e/ou alimentos) de dietas para emagrecimento na perda de peso corporal em indivíduos adultos não está esclarecido de forma definitiva. É possível que a redução de carboidratos ou a dieta do tipo mediterrâneo possam surtir maior efeito na perda ponderal do que apenas a restrição energética. Entretanto, a restrição energética, independentemente dos componentes da dieta, é ainda a intervenção mais efetiva para perda ponderal. Aspectos como aceitação, motivação, estratégias de acompanhamento, preferências individuais em relação às dietas de emagrecimento, além de características próprias dos pacientes, precisam ser considerados e mais bem estudados (ALMEIDA, 2009).

Para Bray (2003), embora a prática de atividade física isoladamente não seja capaz de reduzir a gordura corporal, ela pode auxiliar no controle do peso a longo prazo e melhorar a saúde e qualidade de vida da pessoa obesa. Esse autor recomenda exercícios leves a moderados com o objetivo de evitar problemas, como lesões musculoesqueléticas, infarto agudo do miocárdio e broncoespasmo. Também afirma que a adesão ao tratamento aumenta quando o paciente faz uma atividade física que ele gosta.

Somente a perda de peso lenta e gradual, garante o máximo de redução de gordura corporal e mínima perda de massa magra, alcançando assim o sucesso na manutenção do peso (SAVI, 2000, p. 500).

Os resultados do estudo de Marcon (2011) sugerem que um programa de exercícios físicos supervisionados com uma frequência baixa pode interferir de forma positiva

na capacidade funcional, no perfil lipídico, na glicose em jejum, na pressão arterial e no IMC de indivíduos com obesidade mórbida. Um programa de exercícios de baixa intensidade pode favorecer a aderência de pacientes com baixa tolerância ao exercício e pode ser mais fácil de ser instituído na rede pública de assistência.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Após definição, explicação e descrição da obesidade como problema prioritário da nossa Equipe de Saúde da Família, a elaboração do Projeto de Intervenção foi realizada utilizando os seguintes passos descritos no Método do PES (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010): (1) seleção dos “nós críticos”; (2) desenho das operações (descrever as operações e identificar os produtos, resultados e recursos necessários); (3) identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação; (4) análise de viabilidade do plano (elaborar meios de motivar, mobilizar, convencer e pressionar estes o atores do plano) e (5) elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações).

6.1 Seleção dos “Nós críticos” e desenho das operações

Uma vez identificada a obesidade como o problema prioritário da equipe de saúde da família, foram definidos como “nós críticos” do problema: (1) os hábitos e estilos de vida pouco saudáveis (alimentação deficiente e pouca atividade física regular), (2) o desconhecimento por parte da população da obesidade como doença e fator de risco e (3) a deficiente estrutura dos serviços de saúde para enfrentar o problema. Segundo Campos et al. (2010), deve-se elaborar operações para enfrentamento desses “nós críticos” e, para isso, é necessário identificar os produtos e resultados esperados para cada uma das operações desenhadas, assim como os recursos necessários para a concretização das ações de cada uma destas. O QUADRO 4 descreve o desenho das operações para os “nós críticos” observados.

Quadro 4- Desenho das operações para os “nós críticos” do problema priorizado.

Nó crítico	Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida pouco saudáveis (alimentação deficiente e pouca atividade física regularmente)	Viver saudável	1- Modificar favoravelmente os hábitos nutricionais dos obesos da área. 2- Incorporar a atividade física de forma regular aos 30% dos obesos da área.	1- Palestras sobre alimentação saudável e atividade física desenvolvidas no posto de saúde, nas visitas domiciliares, nas escolas e nos centros de trabalho. 2- Criação do grupo de caminhada e jogos “Eu não sou gordinho gostoso”	1- Organizacional: Organização do cronograma das campanhas educativas e grupos operativos. 2- Cognitivo: Informações sobre os aspectos que envolvem a alimentação saudável e a realização de atividades físicas regularmente. 3- Político: Mobilização social e seleção do líder do grupo de caminhada. Parceria com fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. 4- Financeiro: Aquisição de equipamento áudio visual e folhetos educativos.
Desconhecimento por parte da população da obesidade como doença e fator de risco.	Conhecendo a Obesidade	População mais informada sobre a obesidade como doença e fator de risco.	Campanha educativa na unidade básica de saúde, escola e bairros sobre causas e conseqüências da obesidade.	1- Organizacional: Organização da agenda. 2- Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação. 3- Político: Articulação intersetorial e parceria com setor de educação. 4- Financeiro: Recursos áudios-visuais e folhetos educativos.
Estrutura deficiente dos serviços de saúde	Cuidar Melhor	Garantia de exames clínicos e complementares para os adultos obesos.	1- Cursos de capacitação do pessoal do posto de saúde. 2- Contratação de compra de exames e consultas especializadas	1- Organizacional: Elaboração do projeto de adequação do protocolo. 2- Cognitivo: Capacitação do pessoal de saúde. 3- Político: Envolvimento dos gestores e articulação intra-setorial. 4- Financeiro: Aquisição de materiais para o posto e aumento de exames e consultas especializadas.

6.2 Identificação dos recursos críticos.

No QUADRO 4, foram vistos os recursos necessários para a implantação e realização das operações. No entanto, é possível que quem esteja planejando as operações não os tenha sob seu controle. Os recursos que fogem a este domínio e são imprescindíveis para a viabilização do plano operativo são chamados “recursos críticos”. O QUADRO 5 apresenta dados referentes aos recursos críticos do nosso projeto.

Quadro 5 – Recursos críticos

Projeto	Recursos críticos
Viver Saudável	Político: Mobilização social e seleção do líder do grupo de caminhada, parceria com professor de educação física, nutricionista e psicologista. Financeiro: Aquisição de equipamento áudio visual e folhetos educativos.
Conhecendo a Obesidade	Político: Articulação intersetorial, parceria com setor de educação.
Cuidar Melhor	Político: Envolvimento dos gestores e articulação intra-setorial. Financeiro: Aquisição de materiais para o posto e aumento de exames e consultas especializadas

6.3 Análise da viabilidade.

Após identificação dos recursos críticos, se torna necessária a assimilação dos atores que controlam esses recursos para que seja avaliado seu posicionamento em relação ao problema, assim como quais estratégias deverão ser adotadas para motivar os atores e possibilitar a execução das operações (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). A seguir, a análise de viabilidade dos três projetos apresentados será especificada.

6.3.1 Viver Saudável.

Esse projeto depende de mobilização social para seleção do líder do grupo de caminhada, tarefa que as associações de bairro estão motivadas e aptas a realizarem. Além disso, esse projeto depende de parcerias com fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, profissionais que também estão motivados para executar o trabalho. Por fim, a realização do projeto Viver Saudável precisa da aquisição de equipamento áudio visual e folhetos educativos, materiais que podem ser fornecidos

pelo Secretário Municipal de Saúde. Para conseguir esses equipamentos, será necessário apresentar para o secretário o projeto, incluindo planilha de gastos e benefícios em longo prazo.

6.3.2 Conhecendo a Obesidade

Este projeto será desenvolvido na unidade de saúde e fora dela, em espaços como os bairros e a escola. O pessoal de saúde que faz parte do projeto, em parceria com as associações de bairro e o pessoal de educação pública, encontram-se motivados e com uma posição favorável ao projeto. Os recursos financeiros também serão compartilhados entre a secretaria de saúde e educação, após a apresentação da planilha de gastos e benefícios.

6.3.3 Cuidar melhor

O projeto “Cuidar melhor,” que visa melhorar as condições físicas dos postos e a atenção clínica e paraclínica dos pacientes conta com a motivação e aprovação do pessoal que irá ministrar e receber os cursos de capacitação dos profissionais. Além disso, neste projeto, os recursos financeiros têm um grande peso. A secretaria de saúde e a prefeitura municipal, que ainda sendo favoráveis ao melhoramento constante das condições de saúde da população, terão que entender que a rentabilidade e sustentabilidade do projeto só poderá ser obtida a longo prazo, com o melhoramento não só da obesidade, mas de todas as comorbidades que habitualmente acompanham a doença.

6.4 Elaboração do Plano Operativo

Este passo tem a finalidade de designar os responsáveis para cada uma das operações, denominado gerente de operação. Além disso, esse passo envolve definir os prazos para a execução das mesmas. Esses aspectos são mostrados no Quadro 6.

Quadro 6 - Plano operativo

Projeto	Responsável	Prazo
Viver Saudável	Nutricionista, apoio do médico do PSF (responsável pelas palestras).	Dois meses para elaboração de material Um mês para apresentação do projeto Início das atividades três meses a partir da aprovação do projeto.

		Revisão anual.
	Fisioterapeuta, apoio do médico do PSF e psicóloga (responsável pelos grupos de caminhada)	Três meses a partir da aprovação do projeto. Revisão anual.
Conhecendo a Obesidade	Médico do PSF, apoio da enfermeira.	Dois meses para elaboração de material Um mês para apresentação do projeto Início das atividades três meses a partir da aprovação do projeto. Revisão anual.
Cuidar melhor	Nutricionista, apoio do médico do PSF.	Dois meses para apresentação do projeto Revisão anual.
	Secretário municipal de saúde.	Início as atividades três meses a partir da aprovação do projeto. Revisão anual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É uma realidade que a obesidade é um grande problema de saúde pública no Brasil. Cada vez é maior o número de pessoas com essa patologia que solicitam atenção por esse motivo nas unidades de saúde. As transformações acontecidas no país, desde meados do século vinte, como a industrialização, importação de costumes ocidentais, como as comidas prontas ou semi-prontas, a urbanização maciça e as mudanças no estilo de vida foram determinantes para o aumento da obesidade. Para conseguir que uma política de saúde seja efetiva, é importante que se criem medidas abrangentes com o intuito de diminuir o impacto negativo dos diferentes fatores de risco sobre a comunidade.

Com o plano de ação aqui proposto, por meio dos projetos “Viver Saudável”, “Conhecendo a Obesidade” e “Cuidar Melhor”, acreditamos que vai ser possível minimizar o problema da obesidade na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do município de Olho d’Água das Flores. No entanto, a implantação de um plano de ação nunca é simples, por haver a necessidade de envolvimento político, de questões organizacionais e financeiras. Desse modo, a possibilidade de sucesso desse plano de ação vai depender da atuação de todos os atores envolvidos, pois este trabalho é uma ação coletiva.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. C. et al. Revisão sistemática de dietas de emagrecimento: papel dos componentes dietéticos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 5, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000500020&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2015.
- ARQUIVOS BRASILEIROS DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – MANCINI, C.; HALPERN, A. **Tratamento Farmacológico da Obesidade**. v. 46, n. 5, 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso. Posicionamento Oficial ABESO/ SBEM – 2010. **Revista da ABESO**, São Paulo, n. 47, ano X, p. 4-18, out. 2010. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica No. 12 Obesidade**. Brasília – DF. 2006.
- BRAY, G. A. Sobrepeso, Mortalidade e Morbidade. In: Bouchard, C. (Org.). **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Manole; 2003. p. 35-62.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.
- DINIZ, V.; PROENÇA, C. Um fenômeno de readaptação. **Pesquisa Médica**, n. 10, 2009.
- ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 13, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <http://WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2015.
- FARIA, A. M. et al. Progressos recentes e novas perspectivas em farmacoterapia da obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 6, agosto 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000600003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2015.
- FERREIRA, J. P. **Diagnóstico e tratamento**. Artmed. Porto Alegre, 2005. p. 161-165.
- HALPERN, A. A epidemia de obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000300002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2015.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. **Pesquisa de Orçamentos Familiares no período de junho de 2002 a junho de 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/pesquisa/orçamentos/familiares2002>>. Acesso em: 18 dez 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimento e condições de vida**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- MANCINI, M. C. et al., **Correlação clínico-polissonográfica em 94 pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono**. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 40, p. 60, 1996.

MARCON, E. R.; GUS, I.; NEUMANN, C. R. Impacto de um programa mínimo de exercícios físicos supervisionados no risco cardiometabólico de pacientes com obesidade mórbida. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 55, n. 5, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000500006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2015.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, v. 80, n.3, 2004. Disponível em: <http://WWW.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 fev. 2015.

MENDONÇA, C. **Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MEYER, F. Avaliação da saúde e aptidão física para recomendação de exercício em pediatria. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, 1999.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. **A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil. 1975-1989-1997**. Arq Bras Endocrinol Metabol. São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000300004&lng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2015.

MONTEIRO, C. A. et al. **The nutrition transition in Brazil**. Eur J Clin Nutr 1995; 49: 105-13.

NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E. TRATAMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Brasil, v. 39, n. 2, p. 246-252, jun. 2006. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/381>>. Acesso em: 22 Jan. 2015.

OLIVEIRA, A. et al. Sobrepeso e obesidade infantil: Influencia dos fatores biológicos e ambientais em Faria de Santana, BA. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 47, n.2, 2003.

PORTO, M. C. V. et al. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 46, n. 6, dic. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000600011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 6, dic. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000600001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

SAVI, C. B. et al. Dietas hipocalóricas em internação: perda de peso em seis dias. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 44, n. 6, dic. 2000 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000600009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

VAN DE SANDE-LEE, S.; VELLOSO, L. A. Disfunção hipotalâmica na obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 56, n. 6, agosto 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000600001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2015.

VEDANA, E. et al. Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 7, oct. 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000700012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2015.

VELLOSO, L. A. O controle hipotalâmico da fome e da termogênese: implicações no desenvolvimento da obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

VIANNA, J.; NOVAES, J. **Personal Training e Condicionamento Físico em Academia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Shape, 2009. 335p.

WADDEN, T. A.; FOSTER, G.D. **Behavior treatment of obesity**. Med Clin North Am. v. 84, p. 441-61.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2000. (WHO technical report series; 894). 265p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Overweight and obesity**. Fact sheet No. 311. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>. Acesso em: 19 dez. 2014.