



Importância do diagnóstico e manejo da obesidade na Atenção Primária à Saúde

Gabriele Santos Salumoni

**Importância do diagnóstico e manejo da obesidade na Atenção
Primária à Saúde**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientadora: Marcia Gizele Ornelas - Médica de Família e Comunidade e especialista em Preceptoria Médica na área de Saúde da Família e Comunidade – UNA-SUS/UFCSPA

Campo Grande

2021

RESUMO

SALUMONI, Gabriele Santos. *Importância do diagnóstico e manejo da obesidade na Atenção Primária à Saúde*. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande. Este trabalho tenta compreender através de pesquisa bibliográfica o papel do médico de família no processo e as características da obesidade e ou sobrepeso que afetam qualidade e bem-estar físico da população portadora deste distúrbio e chegar se a um consenso para um melhor atendimento em saúde da família. Para isto, foi elaborada uma pesquisa exploratória e bibliográfica de textos e publicações, periódicos, livros e revistas a das adversidades em relação ao papel da atenção primária do médico nas ações para tratamento do da obesidade. A obesidade e o excesso de peso se referem um peso corporal desproporcional para a altura, com acúmulo excessivo de tecido adiposo que é acompanhado por inflamação sistêmica crônica leve. As comorbidades mais prevalentes associadas são diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Essas condições diminuem a expectativa de vida e aumentam os custos de saúde individuais e globais. Para o tratamento da obesidade é necessário um atendimento multidisciplinar, exigindo um trabalho integral, e para isto é preciso garantir o adequado funcionamento das Redes de Atenção à saúde. Nota-se a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle desta doença, sendo necessário criar, organizar, monitorar e avaliar os programas de intervenção, bem como a necessidade de gerenciar um processo de mudança, reorganizando os serviços, programas e ações para um apropriado atendimento levando-se em consideração fatores como por exemplo a transição nutricional.

Palavras-chave: Obesidade, Saúde da Família, Atenção Primária

ABSTRACT

SALUMONI, Gabriele Santos; Family Medicine, Primary Health Care in Obesity: Quick Guide; Monograph of the title of specialist in Family and Community Medicine, Residency Program in Family and Community Medicine of the Municipal Health Department/Fiocruz de Campo Grande. This work tries to understand, through bibliographical research, the role of the physician in primary care for the family, the process and characteristics of obesity and/or overweight that affect the physical quality and well-being of the population with this disorder and reach a consensus for better care basic family health. For this, an exploratory and bibliographic research of texts and publications, periodicals, books and magazines and the adversities in relation to the role of the physician's primary care in the actions for the treatment of obesity, was elaborated. Obesity and overweight refer to a disproportionate body weight for height, with excessive accumulation of adipose tissue that is accompanied by mild chronic systemic inflammation. The most prevalent comorbidities associated are diabetes mellitus and cardiovascular disease. These conditions shorten life expectancy and increase individual and global health care costs. For the treatment of obesity, a multidisciplinary care is necessary, requiring an integral work, and for this it is necessary to guarantee the proper functioning of the Health Care Networks. The importance of the management of health services in the prevention and control of this disease is noted, making it necessary to create, organize, monitor and evaluate intervention programs, as well as the need to manage a process of change, reorganizing services, programs and actions for an appropriate care taking into account factors such as the nutritional transition.

Keywords: Obesity, Family Health, Primary Care

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 6 |
| QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA | 7 |
| HIPÓTESE | 8 |
| OBJETIVOS | 8 |
| 4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO | 8 |
| 4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS | 8 |
| MÉTODOS | 9 |
| 5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 9 |
| 5.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 9 |
| 5.3 RISCOS | 10 |
| 5.4 BENEFÍCIOS | 10 |
| 5.5 ANÁLISE DE DADOS | 10 |
| RESULTADOS | 11 |
| DISCUSSÃO | 13 |
| CONCLUSÕES | 19 |
| REFERÊNCIAS | 21 |

1. INTRODUÇÃO

Durante toda a história da medicina o conceito de saúde-doença vem sendo modificado, sofrendo influência de concepções filosóficas, científicas e religiosas de cada época. O modelo biomédico, iniciado no século XVII, permitiu progressos teóricos que reorientaram a prática médica, porém encontrava-se centrado na cura de doenças, ignorando o contexto social, familiar e psicológico. Atualmente os hábitos saudáveis não estão relacionados apenas à cura, mas à promoção de saúde, com um modelo biopsicossocial.

A obesidade é definida por um peso corporal desproporcional à estatura do indivíduo, com acúmulo excessivo de tecido adiposo acompanhado de uma inflamação sistêmica leve; suas comorbidades mais prevalentes são diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. Essas condições aumentam os custos de saúde globais e diminuem a expectativa de vida individual.

A obesidade é uma patologia multifatorial, intimamente relacionada à resistência à insulina, hiperlipidemia e complicações cardiovasculares. A má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados à carga de doenças no mundo. No Brasil, em 2015, foi o fator que mais contribuiu para anos de vida perdidos, sendo superior, inclusive, ao uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física. (MALTA; et al, 2015). Ainda, a alimentação inadequada foi o principal fator de risco para mortes no mundo em 2017 (STANAWAY, et al, 2018).

Como chamamento aos países para enfrentarem os impactos causados pela obesidade, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançaram, para o período de 2016 a 2025, a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como atributos a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado a partir de uma perspectiva de integração dos serviços de saúde em determinado território, o objetivo deste trabalho é apresentar um panorama atual das ações de alimentação e nutrição implementadas no âmbito da APS, pois esta desempenha um papel central na promoção e prevenção de saúde, devido ser a porta de entrada do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a APS tem como modelo prioritário a Estratégia Saúde da Família (ESF), operacionalizada por equipes multiprofissionais que implementam os programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Evidências demonstram os impactos positivos da expansão da cobertura da ESF na saúde da população brasileira: a ESF está associada à redução das hospitalizações por doenças potencialmente evitáveis e da mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.

A educação em saúde é uma prática atribuída aos profissionais que compõem a equipe de saúde da família e pode ser definida como um recurso através do qual o conhecimento científico chega até as pessoas com intuito de oferecer subsídios para a adoção de novos hábitos.

A atenção primária tem uma missão essencial na promoção da saúde de pacientes obesos e com sobrepeso, e no controle e prevenção de suas comorbidades. A obesidade é evitável.

O manejo da obesidade não é simples, porém, é passível de ser executado por uma equipe multiprofissional na atenção primária, por isso a importância de uma equipe para o atendimento do indivíduo e seus familiares de forma integral.

2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Sendo a obesidade um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, como ajudar a diminuir esses riscos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde?

3. HIPÓTESE

No âmbito do cuidado, apesar das diretrizes e orientações publicadas pelo Ministério da Saúde sobre a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, ainda é necessário avançar na incorporação dessas informações na rotina e nas práticas dos profissionais de saúde da atenção primária. Esta, deve ser realizada por meio

de uma abordagem ampla que envolva desde o diagnóstico nutricional até o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável e de atividades físicas visando a atenção do indivíduo como um todo com a melhoria da qualidade de vida a curto e longo prazo.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Compreender através de pesquisa bibliográfica o papel da Atenção Primária à Saúde, o processo e as características da obesidade e ou sobrepeso que afetam qualidade e bem-estar físico da população portadora deste distúrbio e chegar a um consenso para uma melhor abordagem à saúde da família e individual, visando a melhoria na qualidade de vida e redução de diversas complicações a longo prazo.

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

a) Avaliar o processo e as características da obesidade e ou sobrepeso que afetam a qualidade de vida e proporcionam aumento a riscos de doenças cardiovasculares;

b) Verificar uma forma de melhor abordagem para a equipe de profissionais da saúde na Atenção Primária de Saúde, com as ações, os sintomas e soluções rápidas e exitosas no tratamento e prevenção da obesidade e suas consequências;

c) Caracterizar o profissional da Atenção Primária de Saúde como um possível agente para impulsionar ações e estimular mudança no estilo de vida.

5. MÉTODOS

5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foi elaborada uma pesquisa exploratória e bibliográfica de textos e publicações, periódicos, livros e revistas a respeito das adversidades em relação ao papel da atenção básica do médico nas ações para tratamento da obesidade e sobrepeso no adulto. As buscas foram realizadas em três bases de dados bibliográficas - PubMed e SciELO, sendo selecionados trabalhos publicados entre 1988 e 2021 com intuito de ampliar a busca. Foram selecionados os trabalhos prioritariamente em português, inglês e espanhol.

A pesquisa exploratória não requer a formulação de hipóteses para ser testada, ela se restringe por definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo (CERVO *et al.*, 2007).

A pesquisa bibliográfica pode ser realizada independentemente ou pode constituir parte de uma pesquisa descritiva ou experimental (CERVO *et al.*, 2007).

5.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos aqueles que não possuíam disponibilidade do trabalho na íntegra, os que não se adequaram à temática estudada e além destes, foram excluídos também os que possuíam duplicidade nas seleções das bases de dados, ou seja, dois trabalhos iguais selecionados em bases de dados diferentes.

5.3 RISCOS

Esta revisão bibliográfica envolve apenas dados de domínio público.

5.4 BENEFÍCIOS

O presente trabalho é voltado para a área de Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde, e foi necessário para o desenvolvimento deste projeto um embasamento de referencial.

A partir da fundamentação teórica, foram definidos os objetivos do trabalho para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ MS, Fiocruz para contribuir com a formação e apoio dos profissionais que estão inseridos na Atenção Primária à Saúde.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de conteúdo permitiu o filtro dos trabalhos encontrados para colaborar com a produção desta Revisão Bibliográfica. Foram identificadas as características mais relevantes para alcançar os objetivos primários e os secundários.

Diante da relevância da obesidade como problema de saúde pública em nosso país e sabendo que seu desenvolvimento é passível de intervenção, torna-se necessária a realização de estudos para que a prática educativa possa ser aprimorada e compartilhada com outros profissionais da atenção básica.

Este trabalho tenta estabelecer a importância do atendimento e acompanhamento da saúde do paciente com obesidade ou indicações de sobrepeso, os procedimentos, prioridades e como deve ser tratado em qualquer unidade de saúde dos setores públicos, sociais e privados.

6. RESULTADOS

Para efeito deste trabalho, com base na estratégia de busca geral, foram utilizados 27 artigos da base SciELO, 23 da base PUBMED, 4 artigos da OMS e 6 da Biblioteca Virtual, totalizando 70 artigos sobre o tema abordado.

A prevalência de obesidade vem crescendo nas últimas décadas em ritmo acelerado, inclusive no Brasil. A Organização Mundial de Saúde estima que 1 bilhão de pessoas esteja acima do peso em todo o mundo, sendo que destes 310 milhões já figuram nos índices que caracterizam obesidade ($IMC = 30 \text{ kg/m}^2$) (BRASIL, IBGE, 2002-2003).

Os países desenvolvidos já apresentam índices alarmantes, como 65% da população nos Estados Unidos com sobrepeso/obesidade, sendo 31% já obesos (STUBBS; LEE, 2004; STEIN; COLDITZ, 2004; DAVEY, 2004).

No Brasil os índices estão em expansão nas últimas décadas. Cerca de 40% da população adulta está acima do peso, sendo os índices de obesidade e 13,1% da população adulta de homens e mulheres, respectivamente (BRASIL, IBGE, 2002-2003; NESTO, 2005; REAVEN, 1988).

Há uma crescente magnitude da obesidade em crianças, adolescentes e adultos. Os índices crescem mais entre mulheres em idade reprodutiva e nas classes menos favorecidas.

Estudos nacionais alertam para a importância de ações de iniciativa pública e privada que abordem o problema de forma mais ampla (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

A obesidade tem sido ainda apontada como o maior componente da síndrome metabólica, composta por obesidade, resistência insulínica, hipertensão, diabetes ou intolerância à glicose, hiperinsulinemia e dislipidemia, está caracterizada por elevação dos triglicérides e baixos índices de HDL colesterol. Todos são fatores de risco para a aterosclerose, comprometimento vascular frequentemente associado aos maiores índices de mortalidade no Brasil e no mundo (NESTO, 2005; CRIQUI, 2010).

Estruturar então um programa com prioridade de atendimento ao nível de saúde pública para pacientes que já apresentem comorbidades, como hipertensão arterial, pode ser estratégia válida tanto pela maior necessidade quanto pela possibilidade de melhores benefícios nestes pacientes (ARANTES, 2006).

O estilo de vida contemporâneo tem sido implicado como grande responsável pela ocorrência da epidemia. A urbanização, a proliferação de cargos sedentários, a tecnologia, a maior oferta de alimentos densamente energéticos, promovem um balanço calórico positivo que, em interação com fatores genéticos, leva ao fenótipo obesidade (STUBBS; LEE, 2004; STEIN; COLDITZ, 2004; DAVEY, 2004; LEDIKWE; ELLO-MARTIN; ROLLS, 2005).

No Brasil a obesidade tem crescido principalmente em classes de baixa renda e escolaridade (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Supõe-se então que atividades educativas constituem instrumento muito válido no combate à obesidade. Devem ser esclarecidos os benefícios de mudanças de comportamento, com incentivo à prática regular de exercícios e a hábitos alimentares saudáveis (ARANTES, 2006).

O tratamento da obesidade engloba mudanças de hábitos de vida que, em conjunto com modesta redução ponderal (10% do peso inicial), promovem benefícios clínicos significativos, em especial para aqueles que já apresentam comorbidades (BAGBY, 2004; ROSA, 2005; DOUKETIS; et al. , 2003; ST JEOR; et al, 2004).

O diagnóstico é simples e o acompanhamento pode ser de baixo custo, principalmente se for estruturado com atividades educativas em grupo e motivação para mudanças de hábitos de vida, com incentivo à prática de atividade física regular (ARANTES, 2006).

A farmacoterapia pode ser útil e segura, desde que figure como coadjuvante no tratamento (WADDEN, 2005).

A educação das mulheres para prevenir a obesidade como um incentivo no âmbito familiar para uma boa escolha alimentar, essa estratégia será muito importante para prevenir a obesidade na família e essencial para as crianças, pois uma vez que criam hábitos de uma vida saudável desde pequenas, quando adultos

tendem a escolher uma alimentação saudável (FERREIRA; MAGALHAES, 2010; FERREIRA; MAGALHAES, 2011; VÍTOLO; BUENO; GAMA, 2013).

As características qualitativas da dieta são de extrema importância para a saúde dos indivíduos (ALVES; MARCOLINO, 2014).

Segundo Sartorelli; Franco (2003), as alterações do consumo alimentar - caracterizadas pelo aumento da densidade energética, alto consumo de carboidratos refinados, gorduras saturadas, ácidos graxos “trans”, colesterol, bebidas alcoólicas e alimentos tipo *fast-foods* - estão relacionadas com o aumento da prevalência de excesso de peso evidenciada nos países do continente americano.

Baseando-se nos dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar e das Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), Levy-Costa; et al (2004), avaliaram a evolução da disponibilidade domiciliar de alimentos nas áreas metropolitanas do Brasil no período de 1974-2003. De acordo com o estudo, houve aumento de até 400% no consumo de produtos industrializados (como biscoitos e refrigerantes), persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas, verduras e legumes e aumento no teor de gorduras em geral e gorduras saturadas da dieta.

Com este trabalho espera-se diminuir o número de indivíduos com sobrepeso e obesidade e prevenir o surgimento destes nos indivíduos não afetados. Com isso melhorar o nível de saúde da população, diminuindo o surgimento de comorbidades futuras.

7. DISCUSSÃO

A obesidade, de acordo com alguns estudos, é classificada como o acúmulo de tecido gorduroso, localizado em todo o corpo, causado por doenças genéticas, endócrino-metabólicas ou por alterações nutricionais (FISBERG, 1995) e também pode ser definida como um excesso de adiposidade no organismo (ZLOCHEVSKY, 1996).

A obesidade é uma afecção metabólica complexa e que resulta, fundamentalmente, do desequilíbrio entre ingestão e o gasto calórico (GESTA, 2009)

e levando em consideração as medidas antropométricas, vários critérios têm sido empregados para definir sobrepeso e obesidade. O Índice de Massa Corporal (IMC) consiste num dos mais adequados para avaliação do sobrepeso em adultos na rotina clínica e em saúde pública (FONSECA, 2014).

Segundo pesquisa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o IMC como método válido na verificação do estado nutricional populacional, indicativo de prevalência de sobrepeso e obesidade. Ele é calculado a partir da relação entre peso e estatura, utilizando a equação matemática $IMC = \text{Peso(Kg)} / \text{altura(m)}^2$, onde o valor obtido classifica indivíduos adultos de acordo com a seguinte interpretação; se o valor obtido estiver entre 18,5 e 24,9 Kg/m² está normal; se estiver entre 25 e 29,9 Kg/m² está com sobrepeso; para se caracterizar os indivíduos obesos utiliza-se o valor acima de 30 Kg/m². Valores acima de 40 Kg/m² indicam “obesidade mórbida”, obesidade Grau III (OLIVEIRA; *et al.*, 2003).

É relatado também, uma maneira eficaz e simples de avaliar a obesidade é pela medida da circunferência abdominal, usando uma fita métrica. A medida da circunferência abdominal é feita passando-se a fita métrica entre o umbigo e o apêndice xifóide, dando uma margem de 60 a 90% de acerto na medida da quantidade de gordura intra-abdominal. A circunferência de cintura, em adulto, é considerada como risco moderado nos valores >94 cm para o sexo masculino e >80 cm para o sexo feminino. E alto risco, naqueles com >102 cm para homem e >88 cm para mulheres (LAMOUNIER; *et al.*, 2003).

A obesidade tem relação com a mudança e as transformações econômicas ocorridas nos últimos anos, com a incorporação de hábitos alimentares e hábitos de vida de países desenvolvidos, aliados a um aumento do sedentarismo (LAMOUNIER; *et al.*, 2003).

São muitos os fatores relacionados na gênese da obesidade, como os genéticos, os fisiológicos e os metabólicos; no entanto, os que poderiam explicar este crescente aumento no número de indivíduos obesos provavelmente estão mais relacionados aos hábitos de vida e 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).

Também se considera uma etiologia multifatorial cujo desenvolvimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos. Há uma grande variabilidade biológica entre os indivíduos em relação ao armazenamento do excesso de energia ingerida, condicionada por seu patrimônio genético, como se esses fatores tivessem ação permissiva para que os fatores ambientais atuassem, criando uma espécie de “ambiente interno” favorável à produção do ganho excessivo de peso (COUTINHO, 1999).

Fatores externos (unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimentos de nutrição e manias alimentares) e fatores internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico) também são fatores considerados como influência no comportamento alimentar (MELLO; *et al.*, 2004).

A obesidade é classificada como andróide x ginecóide. A forma andróide é mais comum nos homens, a gordura se acumula principalmente no tórax e no abdômen, chamada de gordura visceral ou abdominal. A forma ginecóide, mais comum nas mulheres, apresenta a gordura distribuída de forma periférica pelo corpo, no tecido subcutâneo, com a maior parte da gordura depositada nas nádegas e nas coxas (LAMOUNIER; *et al.*, 2003).

As complicações da obesidade são articulares (maior predisposição a artroses, osteoartrite, entre outras); cardiovasculares (hipertensão arterial, hipertrofia cardíaca); cirúrgicas (aumento do risco cirúrgico); crescimento (idade óssea avançada, aumento da altura, menarca precoce); cutâneas (maior predisposição a micoses, dermatites e piodermite); endocrinometabólicas (resistência a insulina e maior predisposição a diabetes, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia); aumento do risco de mortalidade; neoplásicas (maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, colon/reto, próstata); psicossociais (discriminação social e isolamento, afastamento de atividades sociais); respiratórias (tendência à hipoxia, apneia do sono, infecções e asma) (MELLO; *et al.*, 2004).

A prevenção primária objetiva que os indivíduos “de risco” adquiram sobrepeso; e a prevenção secundária busca impedir a gravidade crescente da

obesidade e a redução das comorbidades entre indivíduos com obesidade (FONSECA, 2014).

O tratamento da obesidade é complexo, porque há variação do metabolismo basal em diferentes pessoas e na mesma pessoa em circunstâncias diferentes. Além disso, a atividade física de obesos é geralmente menor do que a de não obesos (MEYER, 1999).

Para o tratamento da obesidade é necessário um atendimento multidisciplinar, exigindo um trabalho integral, e para isto é preciso garantir o adequado funcionamento das Redes de Atenção à saúde. Nota-se a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle desta doença, sendo necessário criar, organizar, monitorar e avaliar os programas de intervenção, bem como a necessidade de gerenciar um processo de mudança, reorganizando os serviços, programas e ações para um apropriado atendimento levando-se em consideração fatores como por exemplo a transição nutricional (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

As condutas mais eficazes para prevenir a instalação e evolução da obesidade são as ações de promoção da saúde e hábitos saudáveis de alimentação, que estão previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2011;BRASIL, 2006).

Essas atividades encontram-se inseridas no processo de trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica, com destaque dado aos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, os quais também contam com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que tem o objetivo de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A prática de atividade física associada à alimentação saudável é indispensável para a qualidade de vida da população. Muitas evidências demonstram que a atividade física regular é fundamental para a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco como hipertensão arterial, resistência à insulina, diabetes, dislipidemia e obesidade (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

A OMS recomenda que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida e que, para se obter os benefícios citados anteriormente, é

importante a realização de pelo menos 30 minutos de atividade física cinco dias da semana (BRASIL, 2004).

Por isso a importância de uma equipe multidisciplinar para o atendimento dos indivíduos obesos e em alguns casos suas famílias (FONSECA, 2014).

Em relação aos agravos relacionados à alimentação inadequada, o excesso de peso é o principal agravo nutricional que acomete todas as faixas etárias no Brasil. O excesso de peso e a obesidade, sua forma mais grave, podem e devem ser prioridade na agenda das equipes de APS, e muitas vezes ocorrem de forma concomitante a agravos atualmente de menor magnitude, como a desnutrição e as deficiências de micronutrientes, que também são responsabilidade das equipes de APS.

Em relação à obesidade, ainda existe a necessidade de avançar na identificação e intervenção precoce, anterior ao diagnóstico de hipertensão e diabetes. Em síntese, é possível afirmar que a organização da atenção nutricional em sistemas de saúde universais deve iniciar pelo reconhecimento dos principais agravos.

Os profissionais de saúde precisam assumir seu papel na construção de um plano de atividades, juntamente com os usuários dos serviços de saúde e organizações do primeiro ao terceiro setor. Devem ser propostos e implementados projetos e programas intersetoriais que tenham metas bem definidas, que levem a uma redução na velocidade do crescimento da prevalência do sobrepeso/obesidade no Brasil, por meio da conjugação de ações individuais e coletivas na efetivação de uma vida mais saudável para toda a população.

Pode ser simples executar um programa estruturado, de baixo custo e efetivo, com replicabilidade dos benefícios descritos na literatura científica. Também não restam dúvidas de que o sucesso no controle da obesidade terá grande impacto na ocupação dos serviços médicos, custos com a saúde, pensões e auxílios-doença e na qualidade de vida da população.

Uma estratégia de intervenção para controle e prevenção da obesidade é fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS), de modo que resultaria na economia de elevados recursos financeiros destinados para controle da própria doença, como também doenças associadas ou decorrentes da obesidade,

exemplos: hipercolesterolemia, LDL elevado, HDL baixo, hipertensão arterial, diabetes, depressão, entre muitas outras.

Dentre as ações elencadas merecem destaque as medidas de promoção da alimentação saudável. Organizar essas ações é um dos desafios que se impõem atualmente. Isso porque promover uma alimentação saudável implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, revendo hábitos alimentares considerados pouco saudáveis, num contexto em que a globalização e a urbanização caracterizam-se como movimentos incessantes e contínuos, altamente dificultadores do estabelecimento de práticas alimentares saudáveis, e que impactam interesses econômicos contrários à saúde pública.

Assim, é fundamental associar medidas de incentivo voltadas ao indivíduo como as estratégias de informação, campanhas e educação alimentar e nutrição; com medidas de apoio que auxiliem os indivíduos a fazerem suas escolhas alimentares mais saudáveis, como por exemplo: rotulagem nutricional dos alimentos, incentivos voltados à produção dos alimentos, comercialização, abastecimento e o acesso físico a alimentos mais saudáveis.

São necessárias medidas de incentivo para difundir informação e promover práticas educativas que motivem os indivíduos a adotarem práticas saudáveis (utilizar as ferramentas de território como escolas e ambientes coletivos); medidas de apoio que motivam e aumentam a adesão dos indivíduos (viabilização de espaços públicos para prática de atividade física, criação de grupos de mulheres que estão amamentando, disponibilização de alimentos saudáveis em feiras, padarias e supermercados); medidas de proteção que impeçam a exposição a práticas não saudáveis (inibir tabagismo em espaços públicos, regulamentação de rotulagem de alimentos e sua publicidade).

A equipe de saúde da família com o apoio matricial do NASF é o local privilegiado para a abordagem do indivíduo com obesidade, porém é um dos maiores desafios da APS e seus profissionais. Em alguns contextos apenas 33-66% das pessoas com sobrepeso ou obesidade receberam esse diagnóstico e menos da metade refere que o profissional aconselhou sobre perda de peso e deu informações sobre o assunto (LEBLANC, 2011).

Em vista disso, percebe-se a importância do tema relacionado com a Atenção Primária à Saúde. A deficiência de estudos com formas mais atrativas e com propostas de intervenção mais objetivas para atingir a população em geral e promover o estímulo à mudança no estilo de vida se mostra com déficit importante. Sendo desta forma, pouco difundida a ideia de melhoria na qualidade de vida, tendo como dificultadores o próprio contexto cultural. O pouco tempo de consulta e sobrecarga dos profissionais no Sistema Único de Saúde por vezes impede que sejam questionados os hábitos alimentares e o nível de atividade física do paciente.

Também é necessário a conscientização do profissional para que a obesidade seja considerada como doença e seu código seja registrado nos atendimentos para fins de indicadores de saúde populacionais.

As principal limitação deste estudo é que, embora a obesidade seja o maior fator de risco para aumento da mortalidade global, há um pequeno número de artigos voltados para formas diferentes de abordagem e avaliação da qualidade de vida do indivíduo obeso, pois colocam o paciente como coadjuvante no processo saúde-doença, considerando apenas a abordagem populacional e não individual.

8. CONCLUSÕES

As melhores intervenções são capazes de impactar positivamente a redução de parâmetros como perda de peso, manutenção da perda de peso, diminuição da circunferência abdominal, IMC, parâmetros metabólicos relacionados à dislipidemia, entre outros. A questão é: o que fazer de diferente? Políticas públicas, contextos socioeconômicos populacionais, investimento público, indústria de alimentos e educação devem ser considerados, assim como a abordagem do indivíduo como protagonista do seu próprio cuidado.

As intervenções que obtêm melhores resultados, em geral, combinaram o apoio oferecido pela atenção primária, traduzido no envolvimento de uma equipe multidisciplinar, gerenciamento de ansiedade, orientação pessoal, maior nível socioeconômico da população estudada, alertas intensivos e acompanhamentos da

evolução dos resultados, diminuição do tempo nas redes e mídias sociais, aumento da atividade física, uso de fármacos, aconselhamento familiar, entre outros.

Portanto, este trabalho permitiu uma reflexão sobre a prática profissional na Atenção Primária à Saúde, e a importância de desenvolver educação em saúde de forma multidisciplinar, buscando assim, a qualidade de vida e redução de fatores de risco cardiovasculares. Ainda é possível destacar a importância e necessidade de estratégias para melhor apoio ao paciente, com ações para promover de forma efetiva e ativa, deixando sempre o paciente como o protagonista de seu cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.F.F; MARCOLINO, F.F. Educação alimentar e nutricional na perspectiva da atenção primária à saúde. **Rev. APS.** abr/jun; 17(2): 180 – 188, 2014.

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface* (Botucatu). 9(16):39-52, 2005.

ARANTES, D.V. Impacto do tratamento de sobrepeso/obesidade sobre os níveis de pressão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro**, v.2, n° 7, out / dez 2006.

BAGBY, S.P. Obesity-initiated metabolic syndrome and the kidney: a recipe for chronic kidney disease? **J Am Soc Nephrol.** Nov;15(11):2775-9, 2004.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude Soc;** 11(1):67-84, 2002.

BORTOLINI, G.A, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2020; 44 e 39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>

BRASIL O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE - **Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivos_est/ [acessado 20/11/2021].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília** (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. 4. **Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.** 68p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília** (DF): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília** (DF): Ministério da Saúde; 2011.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico- paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva.** 9(1):139-46, 2004.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica.** 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CIOLAC, E.G; GUIMARÃES, G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte**.10(4):319-24, 2004.

COUTINHO, W. Consenso Latino-americano de obesidade. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, 1999.

CRIQUI, M.H. Obesity, risk factors, and predicting cardiovascular events. **Circulation**. Apr 19;111(15):1869-70, 2005.

DÂMASO, A.R; et al. **Etiologia da Obesidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 3-34p, 2003.

DAVEY, RC. The obesity epidemic: too much food for thought? **Br J Sports Med**. Jun;38(3):360-3; discussion 363, 2004.

DINIZ, V; et al. Um fenômeno de readaptação. **Pesquisa Médica**, n10, 2009.

DOUKETIS, J.D; et al. Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. **CMAJ**. Apr 12;172(8):995-8, 2005.

FERREIRA, V.A; MAGALHAES, R. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15(Supl.1):1423-1432. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700053&lng=en, [citado agosto de 2021] 2010.

FERREIRA, V.A; MAGALHAES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciência e saúde coletiva**. [citado agosto, 2021]; 16(4) Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000400027&lng=pt, 2011.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK,1995.

FONSECA, G.X; **Como Intervir na Obesidade na Atenção Primária**. Curso de Especialização em Saúde da Família, São Paulo, 2014.

GESTA, S; *et al*. Developmental origin of fat: Tracking obesity to its source. *Cell*. 2007; 131:242-56. apud ALVES, J.G.B; SIQUEIRA, P.P; FIGUEIROA, J.N. **Jornal de Pediatria**, v85 n1, Porto Alegre Jan-Fev 2009.

GONZÁLEZ-MUNIESA, P; et al. Obesity. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 3, n. 1, p.1-18, 15 jun. **Springer Science and Business Media LLC**. <http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2015.1128403>, Acesso em 11-2021, 2017.

KAC, G; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**. 19(supl.1), 2003.

LEBLANC, E; et al. Screening for and management of obesity and overweight in adults. Evidence Report, n. 89. AHRQ Publication n. 11-05159-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

LAMOUNIER, J.A; et al. Prevalência de obesidade e sobrepeso na adolescência no Brasil. **Revista de Medicina Minas Gerais**, v13, n4, 285-84p, 2003.

LEDIKWE, J.H; ELLO-MARTIN, J.A; ROLLS, B.J. Portion sizes and the obesity epidemic. **J Nutr.** Apr;135(4):905-9, 2005.

LEVY-COSTA, R.B; et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev Saúde Pública.** 39(4):530-40, 2005.

MACINKO, J; STARFIELD, B; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv Res.** Jun;38(3):831-65, 2003.

MALTA, D.C; et al. Risk factors related to the global burden of disease in Brazil and its federated units, 2015. **Rev Bras Epidemiol.** 2017;20:217-32.

MELLO, E.D; et al. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, v80, n3, 2004.

MENDONÇA, C.P; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** maio./jun; 20(3):698-709, 2004.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação no 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2017.

NESTO, R.W. Obesity: a major component of the metabolic syndrome. **Tex Heart Inst J.**;32(3):387-9, 2005.

OLIVEIRA, C.L; et al. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v47, n2. São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global para a alimentação saudável, atividade física e saúde.** Genebra; 2004.

PINHEIRO, A.R; FREITAS, S.F; CORSO, A.C. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** out./dez; 17(4):523-533, 2004.

RASELLA, D; AQUINO, R; BARRETO, M.L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics.** Sep;126(3), 2010.

REAVEN, G.M. **Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease.** *Diabetes.*; 37:1595– 1607, 1988.

RODRIGUEZ-CRISTOBAL, J.J; et al. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. **BMC Family Practice**, v. 18, n.1, p.74, 20 jun, <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-017-0644-y>, 2017.

ROSA, E.C; et al. [Visceral obesity, hypertension and cardio-renal risk: a review] **Arq Bras Endocrinol metabol.** Apr;49(2):196-204. Epub 2005 Sep 12, 2005.

SARTORELLI, D.S; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saúde Pública.** 19(supl.1):S29-S36, 2003.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** *Physis.* 17(1):29-41, 2007.

STANAWAY, J.D, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet.** Nov 10;392(10159):1923–94, 2018.

ST JEOR, S.T; et al. American Heart Association. Prevention Conference VII: Obesity, a worldwide epidemic related to heart disease and stroke: Group II: age-dependent risk factors for obesity and comorbidities. **Circulation.** Nov 2;110(18): e471-5, 2004.

STEIN, C.J; COLDITZ, G.A. The epidemic of obesity. **J Clin Endocrinol Metab.** Jun;89(6):2522-5, 2004.

STUBBS, C.O, LEE, A.J. The obesity epidemic: both energy intake and physical activity contribute. **Med J Aust.** Nov 1;181(9):489-91, 2004.

TROGDON, J.G; et al. State- and Payer- Specific Estimates of Annual Medical Expenditures Attributable to Obesity. **Obesity** (Silver Spring). Jun 16, 2011.

TSAI, A.G; et al. Treatment of Obesity in Primary Care. **Medical Clinics Of North America**, [s.l.], v. 102, n. 1, p.35-47, jan. Elsevier BV.<http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna>. 2018.

WADDEN, T.A; et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. **N Engl J Med.** Nov 17;353(20):2111-20, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Obesity: preventing and managing the global epidemic? **World Health Organization Technical Report.** 894: i-xii.; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Food and Agriculture Organization of the United Nations. Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition: policy brief.** **Genebra: WHO;** (WHO/NMH/NHD/17.11), 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DECLARATION OF ASTANA. **Global Conference on Primary Health Care** [Internet]. [cited 2019 Nov 3. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-declaration/gcphc-declaration.pdf>, 2018.

VÍTOLO, M.R; BUENO, M.S.F; GAMA, C.M. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [citado 2021 agosto]; 33 (1):13-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032011000100002&lng=en, 2011.

ZLOCHEVSKY, E.R.M. Obesidade na infância e adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, 1996.