



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE ENFERMAGEM

FRANCINALDO PEREIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM PACIENTES ADULTOS
ATENDIDOS NA UBS EDSON BOTELHO EM ITAITUBA/PA**

Itaituba – PA

2016

FRANCINALDO PEREIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM PACIENTES ADULTOS
ATENDIDOS NA UBS EDSON BOTELHO EM ITAITUBA/PA**

Monografia de Graduação apresentada para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Itaituba.

Orientadora: Prof.^a Esp. Cristhianny Almeida e Silva.

Itaituba – PA

2016

SANTOS, Francinaldo Pereira dos.

1. Prevalência da obesidade em pacientes adultos atendidos na UBS Edson Botelho em Itaituba/PA: Francinaldo Pereira dos Santos – Itaituba: FAI, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2016.

52 f.

2. Prevalência da obesidade em pacientes adultos na UBS Edson Botelho em Itaituba/PA

Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2016.

FRANCINALDO PEREIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM PACIENTES ADULTOS
ATENDIDOS NA UBS EDSON BOTELHO EM ITAITUBA/PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Faculdade de
Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: _____ Nota: _____

Prof^a. Aline Soares dos Santos

Orientadora: _____ Nota: _____

Prof^a. Esp. Cristhianny Almeida e Silva

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof^o. Ms: Marcio Silva da Conceição

Resultado: _____ Média: _____

Data ____/____/____

18 de julho de 2016.

“Eis que os caminhos do homem estão
perante os olhos do Senhor, e ele pesa
todas as suas veredas”.

(Provérbios 5: 21)

A todos os Enfermeiros que trabalham com ética e humanismo.

AGRADECIMENTOS

A Deus que, pela sua infinita graça, me deu forças para prosseguir essa longa jornada.

A minha esposa Liliane Oliveira da Silva Santos, pelo amor, carinho, dedicação e compreensão, para execução dos trabalhos e conclusão do curso.

À Coordenação do curso pela atenção nos momentos de dificuldade;

A todos os professores da Faculdade de Itaituba, em especial aos do curso de enfermagem pela significativa contribuição intelectual e demais funcionários desta instituição pelo apoio direto e indireto.

À Prof.^a Esp. Cristhianny Almeida e Silva, pela orientação;

À Meu Pais: Antonio Pereira dos Santos e Anizia Maria da Conceição Santos, pelo amor, carinho e incentivo aos estudos.

A meus sogros Raimundo Nonato Pereira da Silva e Eliude da Silva, apoio, carinho e dedicação.

A meus irmãos pelo incentivo e apoio.

RESUMO

A obesidade tem crescido em todo mundo, principalmente em países subdesenvolvidos, e tem ganhado campo tornando-se uma epidemia mundial, não respeitando a idade de seus portadores, atingindo crianças, adolescentes, adultos e idosos. Esse trabalho mensura o percentual de sobrepeso e obesidade em clientes adultos, de ambos os sexos, na Unidade de Saúde Edson Botelho e, as principais doenças correlacionadas a esta doença, tendo como método de pesquisa descritiva exploratória, com busca em bases de dados online, livros, sites e artigos publicados na área de saúde. Foram encontradas pessoas com sobrepeso e obesidade, habituadas ao sedentarismo, alimentação irregular com troca de refeições, consumo de carne bovina e frango em grande quantidade, uso habitual de refrigerantes e pouca ingestão de frutas e hortaliças. Este estilo de vida, com a ingestão de uma dieta rica em carboidratos e conservantes, somados a falta de exercícios físicos, torna o corpo/organismo com pré-disposição ao acúmulo de gordura no tecido adiposo, o que sujeita o indivíduo a adquirir doenças crônicas letais a saúde humana. Faz-se necessário a mudança de hábitos insalubres para a ingestão de dieta saudável e prática de atividades físicas e saudáveis.

Palavras-Chave: Obesidade; sobrepeso; prevalência; índice de massa corporal; adulto.

ABSTRACT

Obesity has grown worldwide, mainly in developing countries, and has gained field becoming a worldwide epidemic, not respecting the age of their bearers, affecting children, adolescents, adults and the elderly. This paper measures the percentage of overweight and obesity in adult clients, of both sexes, the Health Unit Edson Botelho and major diseases correlated with the disease, with the exploratory quantitative research method, search online databases, books, websites and articles published in the health area. Overweight and obesity were found, accustomed to a sedentary lifestyle, irregular feeding exchange meals, consumption of beef and chicken in large quantities, habitual use of soft drinks and low intake of fruits and vegetables. This lifestyle, with eating a diet rich in carbohydrates and preservatives, plus the lack of exercise makes the body / body with predisposition to fat accumulation in adipose tissue, which subjects the individual to acquire chronic diseases lethal human health. Changing unhealthy habits to eating healthy diet and practice of physical and healthy activities is necessary.

Keywords: Obesity; overweight; prevalence; body mass index; adult.

LISTA DE SIGLAS

CA - Compulsão Alimentar

CC - Circunferência da Cintura

ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica

EUA - Estados Unidos da América

DAB - Departamento de Atenção Básica

DCNT - Doença Crônica não Transmissíveis

HOL - Hospital Ophir Loyola

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corpórea

MS - Ministério da Saúde

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação

OMS - Organização Mundial de Saúde

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

RCQ - Relação Cintura Quadril

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SUS - Sistema Único de Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: OBESIDADE	14
2.1 CONCEITO	14
2.2 CAUSAS DA OBESIDADE	16
2.3 PREVALÊNCIAS E INCIDÊNCIAS	17
2.3.1 No Mundo	17
2.3.2 No Brasil	18
2.3.3 No Estado do Pará	22
2.3.4 No Município de Itaituba	23
2.4 DOENÇAS CORRELACIONADAS À OBESIDADE	23
2.4.1 Diabetes Tipo 2	26
2.4.2 Dislipidemia	26
2.4.3 Doenças Cardiovasculares	27
2.4.4 Hipertensão	27
2.4.5 Câncer	28
2.4.6 Doenças Reprodutivas	28
2.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM	29
2.6 TRATAMENTOS:	29
2.6.1 Cirúrgica	29
2.6.2 Atividade Física Regular	30
2.6.3 Fármacos Antiobesidade	31
2.7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO	31
3 METODOLOGIA	34
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5 CONCLUSÃO	44
REFERENCIAS	45

ANEXO 47

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica degenerativa caracterizada pelo acúmulo de gordura e associadas a Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT (PINHEIRO; FREITAS e CORSO, 2004) que atinge milhões de pessoas em todo mundo e em países ricos e desenvolvidos como os Estados Unidos da América (USA), chega a 75% da população (COSTA et al., 2009). É uma epidemia que mata lentamente seus portadores e vem crescendo de forma assustadora, onde, muitas vezes, é ignorada pelo portador, população em geral e por governantes que não conseguem ver a gravidade da situação. Em países desenvolvidos e em pleno desenvolvimento a prevalência da obesidade é crescente devido ao consumo exagerado de alimentos industrializados ricos em carboidratos, gordura, proteínas e sódio, trazendo consigo as famosas DCNT que aumentam o risco de mortalidade em crianças, adolescentes e adultos. Calcula-se que cerca de 1,1 bilhões de adultos e 10% das crianças são portadores de sobrepeso ou obesidade no mundo (GOMES et al., 2009). Portanto, a prevalência da obesidade tornou-se uma epidemia de âmbito global, que afeta a maioria dos países desenvolvidos, em maior percentual em países subdesenvolvidos ou em pleno desenvolvimento, em uma escala crescente. Tudo isso, devido ao aumento da produção e oferta de alimentos industrializados, que oferecem mais rapidez no preparo e uma diversidade de sabores a disposição do cliente. Com essa gama de produtos a população em geral aumenta a cada dia o consumo excessivo de calorias, sem levar em conta os ingredientes usados no preparo dos mesmos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição da gravidade da obesidade é descrita através de parâmetros de indicadores antropométricos, levando em consideração o Índice de Massa Corporal (IMC), que avalia o peso, em quilograma, e a altura, em metros, ao quadrado, onde o resultado é descrito como: Obesidade grau I, (moderado excesso de peso) – é quando o IMC se situa entre 30 e 34,9 Kg/m²; Obesidade grau II (obesidade leve ou moderada) - com o IMC entre 35 e 39,9 Kg/m²; Obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual o IMC ultrapassa 40 kg/m² (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

Esse fator de obesidade teve um crescimento devido as mudanças de hábitos em que se modificaram ao decorrer dos anos (transição nutricional), vida pouco saudável, sedentarismo entre outros fatores desencadeadores da problemática deste

tema abordado. As causas da obesidade são diversas tendo caráter multifatorial, que envolve o poder econômico, nível social, escolaridade entre outros. O seu crescimento acelerou nas últimas décadas em todo mundo tornando assim uma epidemia mundial, trazendo consigo outras doenças crônicas que afetam a qualidade de vida da população. Para responder a questões norteadoras desta pesquisa: qual será a taxa da obesidade em pacientes adultos, de ambos os sexos, no nosso município? E, quais as doenças causadas pela prevalência dessa doença nesses pacientes? Desta forma foram realizadas pesquisas e levantamento literário no mundo, no Brasil, no Estado do Pará e em Itaituba objetivando identificar os indivíduos com prevalência da obesidade no ciclo da vida: adultos, em um mês de atendimento na UBS Edson Botelho em Itaituba-Pará, analisando as principais doenças associadas pelo desenvolvimento da obesidade, através de inquirição de perguntas referentes a mesma.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: OBESIDADE

2.1 CONCEITO

A obesidade é definida como um acúmulo de gordura no tecido adiposo de magnitude suficiente para debilitar a saúde (ROBBINS; COTRAN, 2010). Duncan (2004) conceitua como a habilidade adquirida, desde os primórdios da humanidade, para armazenar gordura no tecido adiposo em forma de triglicerídeos liberando-os de acordo com a necessidade do corpo em forma de ácidos graxos livres. Costa (2009) afirma que a obesidade pode ser conceituada pelo excesso de peso associado com o alto índice de gordura corporal, podendo ser considerada uma epidemia de âmbito global e complexa com consequência sociais e psicológicas graves, afetando indivíduos de todas as idades e grupos sociais, econômicos, étnicos e religiosos. A obesidade pode ser diferenciada do sobrepeso levando em consideração os pontos de corte em sua identificação. O sobrepeso é ligado ao aumento excessivo do peso corporal total o que pode acontecer por um dos seus constituintes; gordura, músculo, osso e água. Enquanto que a obesidade é caracterizada especialmente ao aumento generalizado de gordura corporal localizada ampliando os riscos à saúde (GUEDES; GUEDES, 2003). Tavares, Nunes e Santos (2010) conceitua de maneira simplificada, levando em consideração a caracterização da doença pelo excesso de massa magra (músculos), associada a massa gorda (gorduras), onde, referente a localização da mesma pode denominar-se obesidade central ou androide – forma de maçã: onde a maior parte de gordura localiza-se na parte superior do corpo (vísceras/ região abdominal); e, Obesidade ginecoide – forma de pra: a parte inferior do corpo, quadril, nádega e coxa. Sendo corroborado por Guedes; Guedes (2003), a obesidade distingue-se pela localização da gordura corporal em regiões diferentes do corpo. A obesidade ginecoide também denominada de periférica caracteriza-se pela gordura predominante na metade inferior do corpo – quadril, glúteo e coxa superior. A obesidade androide também chamada de obesidade central, manifesta-se principalmente em homens e apresentando gordura na região do abdome, tronco, cintura escapular e pescoço. Existem variações entre o excesso de peso e de obesidade entre homens e mulheres de diferentes grupos, sendo usado o índice de massa corporal (IMC) calculados como excesso de peso por $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ e obesidade, definidos por $> 30 \text{ kg/m}^2$ (GIGANTE, 2011). O sobrepeso e obesidade

podem ser identificados pelo IMC, método de medir a gordura corporal, também conhecida como índice de Quetelrt (peso corporal expresso em kg dividido pela estatura em m²) (GUEDES; GUEDES 2003).

[...] baseando-se no índice de massa corporal (IMC) definido pelo cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = kg/h^2 m^2$), e também pelo risco de mortalidade associada. A obesidade é caracterizada quando o IMC encontra-se acima de 30 kg/m². A OMS define a gravidade da obesidade em: grau I (moderado excesso de peso) quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m²; a obesidade grau II (obesidade leve ou moderada) com o IMC entre 35 e 39,9 kg/m² e, por fim obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual o IMC ultrapassa 40 kg/m²[...] (TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010).

No Gráfico 1. Também definida como um problema de dimensão global, concentrando no tecido adiposo grande quantidade de gordura que é visto como órgão endócrino, produtor de diversas citosinas inflamatórias (GOMES et. al.,2009).

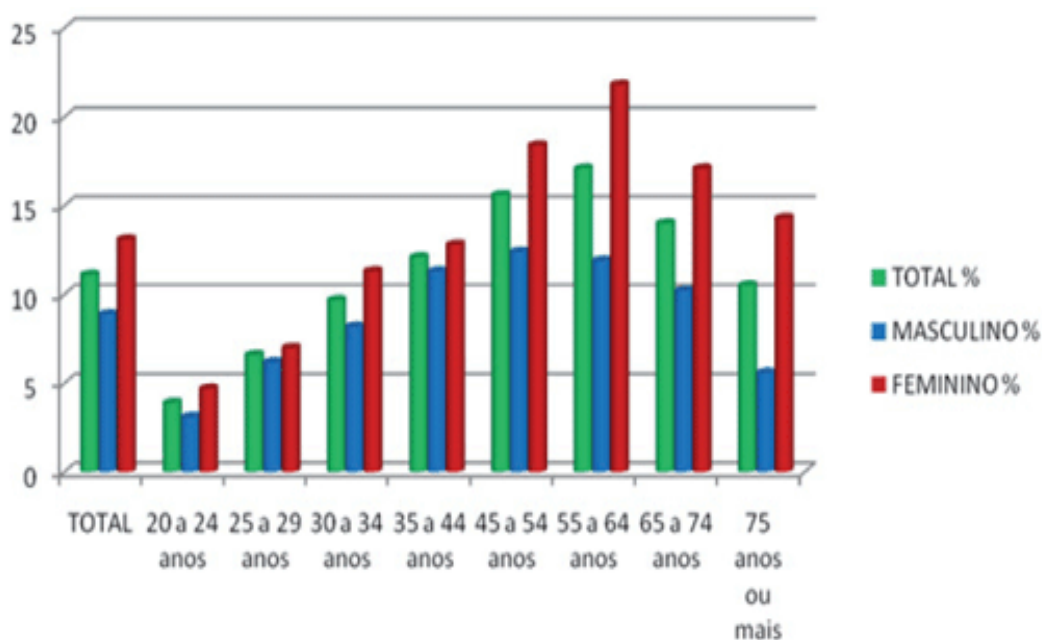


Gráfico: 01 – Prevalência de obesidade, na população com 20 anos de idade ou mais, por sexo, segundo grupos de idade no Brasil em 2003 (%) FONTE: (GOMES et al., 2009).

2.2 CAUSAS DA OBESIDADE

A obesidade é causada pela ingestão abundante de alimentos, permitindo o depósito excessivo de gordura pelos adipócitos, levando ao desaparecimento da desnutrição e o surgimento da obesidade sendo atualmente um problema de saúde pública, Schmidt e Duncan (2004).

Sarmo (2012) defende que o consumo de alimentos ricos em cloreto de sódio, sinaliza um dos principais fatores risco para a pressão arterial, mundialmente, 7,6 milhões de mortes prematuras, 54% dos acidentes vascular celebrais e 47% da doença isquêmica cardíaca. Fruto da ingestão de alimentos ricos em caloria e diminuição progressiva de atividade física SCHMIDT; DUCAN (2004). Para Guedes (2003) consumo de alimentos em grande quantidade causa o armazenamento, além do gasto energético provocando o acúmulo de gordura corporal, salvo em casos patológicos. O que era visto no passado como sinal de saúde, hoje é visto como uma doença epidemiológica de âmbito mundial e atinge, não só pessoas de países desenvolvidos, mas também a maioria dos países industrializados em pleno desenvolvimento (CRISTOVÃO 2011).

Os produtos industrializados entram no circuito, oferecendo alimentos ricos em vitaminas e gordura acompanhadas de sódio em maior quantidade que a permitida que é de 2 g/dia (SARNO et. al., 2012). Que a ingestão de calorias em maior quantidade energética que a necessária manutenção do organismo (SCHMIDT; DUCAN 2004).

Trata-se de uma epidemia que tem sido dirigida por várias mudanças da sociedade: psicológicas, culturais e dos hábitos alimentares, acarretados pelo crescimento econômico, modernização, urbanização e globalização (COSTA et. al., 2009).

A obesidade possui várias causas, sendo multifatorial, resultante de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. Em grande parte, há o abuso de alimentação muito calórica e, por não haver gasto dessas calorias com atividades físicas, proporciona o acúmulo de gorduras que se armazenam como tecido adiposo, sendo consequência do balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde, perdendo a qualidade e o tempo de vida. É uma doença que não escolhe o nível social e chega a atingir tanto a classe alta como as classes mais baixas (TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010).

De acordo com Vitolo (2012), há causas relacionadas a síndromes do comer noturno, descrita por Stunkard em 1955, onde é utilizando três critérios para definição dessa síndrome, que foram descritas em 1996, as quais são: anorexia matinal, caracterizada pela falta de apetite pela manhã; e, hiperfagia noturna, que se caracteriza pela alimentação em mais de 50% depois das 19:00 horas e insônia noturna. Uma vez detectada a compulsão alimentar (CA) o cliente é avaliado pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e sendo comprovada a presença desse comportamento o tratamento dietético, dependendo da gravidade, poderá ser assistido pela área de psicologia. Sendo detectado que o paciente resiste bem até o final da tarde e perde o controle do consumo alimentar durante a noite, o nutricionista deve avaliar junto ao cliente o comportamento da alimentação durante o dia, de forma objetiva, mostrando que a diminuição da alimentação durante o dia pode resultar em compulsão alimentar noturna, se faz necessária a reeducação alimentar para essa pessoa antes de qualquer dieta (VITOLLO,2012).

2.3 PREVALÊNCIAS E INCIDÊNCIAS

2.3.1 No Mundo

De acordo com Costa et al (2009), países desenvolvidos como os Estados Unidos da América (EUA) 73% da população é obesa, sendo que a mortalidade referente a obesidade chega a atingir 300 mil casos por ano, o autor justifica essa prevalência em países de primeiro mundo devido o grau de escolaridade, poder econômico e cultura se apresentarem melhores que em países considerados de terceiro mundo.

A prevalência da obesidade vem crescendo de forma notável, e pode ser constatada com pesquisas realizadas por World Health Organization (WHO), onde é afirmado que 1,6 bilhões de pessoas acima de 15 anos foram classificadas em sobrepeso e, 400 milhões estavam obesos em 2005. Desta forma, esse problema deixa de ser somente de países de alta renda, passando a países de baixa e média renda (TAVARES; NUNES e SANTOS, 2010). Gigante (2011) relata em trabalhos recentes, que o excesso de peso e a obesidade ganham proporções de âmbito mundial e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 2,3

bilhões de adultos terão excesso de peso e mais de 700 milhões serão obesos em 2015.

Segundo Gomes et al (2009) cerca de 1,1 bilhões de adultos e 10% das crianças são portadores de sobrepeso ou obesidade no mundo. Em pesquisa realizada com estudo longitudinal, de representatividade nacional, ressalta que o Sistema de Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), detectou a tendência do aumento na população negra e mexicana.

2.3.2 No Brasil

Em estudo descritivo no Núcleo do Hospital Universitário (NHU) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), foram analisados 252 formulários entre fevereiro de 2004 a fevereiro de 2007, de pacientes com idade variada entre 17 a 66 anos, 202 (80,15%) eram do sexo feminino e 50 (19,84%) do sexo masculino. Observou-se o grau de escolaridade com IMC sendo masculino e feminino, com resultado de ensino médio incompleto de 13 (7,93%), apresentavam IMC abaixo de 40 Kg/m², 94 (57,32%) entre 40 e 50 Kg/m² e 57 (34,75%) acima de 50 Kg/m², com ensino médio completo ou acima, 2 (2,60%) apresentavam IMC abaixo de 40 Kg/m², 55 (71,43) entre 40 e 50 Kg/m² e 20 (25,97%) acima de 50 Kg/m² (COSTA, 2009).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002-2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, foi elaborada para medir a prevalência de excesso de peso e obesidade no Brasil (IBGE 2003). A prevalência de excesso de peso (IMC > 25 kg/m²) para os homens foi de 41% e 39,2% para as mulheres, não ocorrendo diferenças entre os sexos (DATA, Sistema Único de Saúde (SUS), 2015). Contudo, ao se avaliar a prevalência de obesidade (IMC >30kg/m²), observou-se maior ocorrência entre as mulheres (12,7%) do que entre os homens (8,8%). Notou-se a prevalência de obesidade nos homens de acordo com o aumento da renda, os dados de excesso de peso e obesidade são expressivos em todas as regiões do Brasil (VITOLLO,2012).

No Brasil, cerca de 40% da população está acima do peso sendo que 10,1% são obesos e 28,5% apresentam sobrepeso. A taxa de mortalidade é 12 vezes maior

em indivíduos obesos mórbidos do que em pessoas com peso normal com idade entre 25 e 40 anos (COSTA et al, 2009). Em pesquisa realizada no período de 2006 a 2009 ficou confirmado que as prevalências do excesso de obesidade foram realizadas com resultados mais prevalentes em homens (47%) e nas mulheres de (39%), esse percentual se manteve de 2006 a 2009, houve uma tendência de aumentos significativo em homens com idade de 65 anos ou mais, e para os mais jovens de 18 a 24 anos houve uma prevalência de 50% maior que em 2009 comparado a 2006. Contribuíram para esses resultados as mulheres com idade inferior a 45 anos em todo período de 2006 a 2009 (GIGANTE, 2011). Costa (2009) relata que em pesquisa realizada com 252 pacientes destaca-se o sexo feminino (202), apontando maior procura de tratamento entre as mulheres.

No Brasil, as prevalências de excesso de peso e obesidade em adultos aumentaram desde os estudos conduzidos na década de 70, sendo que, mesmo em crianças e adolescentes, prevalências mais elevadas têm sido observadas recentemente. Considerando a relação entre obesidade na infância e na idade adulta, é bastante provável que este problema de saúde pública torne-se ainda mais preocupante nas próximas décadas (GIGANTE, 2011).

Os pesquisadores Cristóvão, Sato, Fujimori (2011) quando desenvolveram estudo transversal em 298 mulheres de 20 – 59 anos no ano de 1999, configuraram os resultados com a prevalência de obesidade (25%), com nível de confiança de 95%, uma mulher por domicílio. Verificou-se peso corporal, calculou-se o IMC, (peso (kg)/altura² (m) e Relação Cintura Quadril (RCQ) (CC/ circunferência do quadril), Considerando excesso de peso (IMC > 25 kg/m²) ou obesidade (IMC > 30 kg/m²) e obesidade abdominal aquelas com CC> 0,80m ou RCQ> 0,85, teve como resultados das mulheres até 40 anos: (57%), menos de oito anos de estudo (54%), o excesso de peso a 56%, sendo que destas 36,9% tinham sobrepeso e 19,1% obesidade, do total 57,4% e 28,5% tinham medidas alternadas de CC e RCQ. Considerando CC/RCQ alterada, 58,7% apresentavam obesidade abdominal, 23% hipertensas. Verificou-se o alto índice de prevalência e excesso de peso da obesidade abdominal entre as mulheres estudadas CRISTOVÃO (2011).

Segundo Junior et al., (2013) a mensuração precisa da gordura intraabdominal, porem requer tecnologia avançada dispendiosa como a ressonância magnética e a tomografia computadorizada dificultando o emprego de estudos epidemiológicos, a

medida da circunferência abdominal, correlacionada ao conteúdo de gordura abdominal.

Tabela 1 - Distribuição de Mulheres segundo o estado nutricional, circunferência da cintura (CC) (metro), razão cintura-quadril e obesidade abdominal - São Paulo, 1999 CRISTOVÃO (2011).

Variáveis	n	%
Estado nutricional		
Baixo peso	10	3,4
Peso adequado	121	40,6
Sobrepeso	110	36,9
Obesidade	57	19,1
Circunferência da cintura (metros)		
<80	127	42,6
≥80	171	57,4
Razão cintura-quadril (metros)		
<85	213	71,5
≥85	85	28,5
Obesidade abdominal		
Não	123	41,3
Sim	175	58,7

O aumento de peso associou-se à idade e hipertensão arterial. A obesidade abdominal associou-se à obesidade e hipertensão arterial. Sendo esses resultados similares aos outros estudos brasileiros, que reforçam a importância de se incluir a avaliação da CC e RCQ no exame físico, além do cálculo do IMC, auxiliando a prevenção de riscos. Tais resultados mostram a necessidade de trabalhos voltados a prevenção e diminuição de peso e da obesidade abdominal junto à comunidade CRISTOVÃO (2011).

Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico do estado nutricional de adultos é feito a partir do Índice de Massa Corporal – IMC, obtido pela divisão do peso, medido em quilogramas, pela altura ao quadrado, medida em metros (kg/m²) (WHO 2000). O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto que a obesidade é diagnosticada com valores de IMC superiores a 30 kg/m². Esses critérios são os utilizados pelo Vigitel para analisar as informações sobre peso e altura fornecidas pelos entrevistados.

A frequência de adultos com excesso de peso variou entre 41,7% em São Luís e 54,9% em Cuiabá. As maiores frequências de excesso de peso foram observadas, no caso de homens, em Porto Alegre (62,1%), Macapá (60,8%) e João Pessoa (59,3%) e, para as mulheres, em Manaus (52,0%), Cuiabá (51,0%) e Campo Grande (50,9%). As menores frequências de excesso de peso ocorreram, entre homens, em

São Luís (44,5%), Belo Horizonte (48,4%) e Salvador (48,9%), e, entre São Luís (39,4%), Palmas (40,1%) e Florianópolis (41,4%) (Gráficos: 2 e 3) (VIGITEL, 2014).

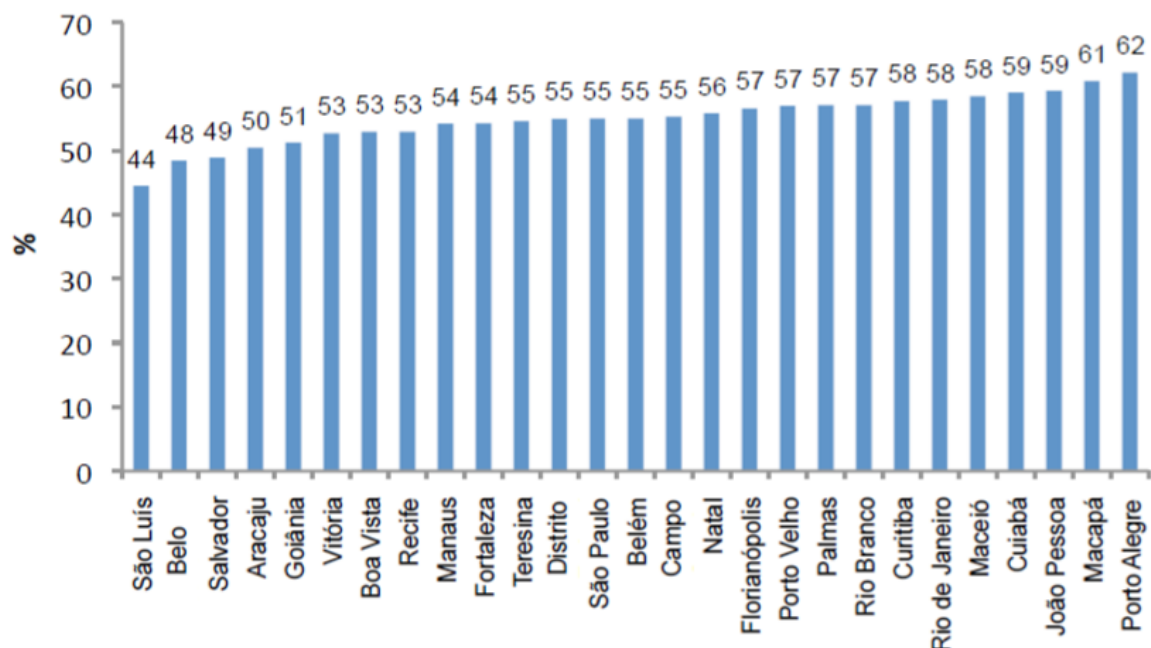


Figura 11 Percentual de homens (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013.

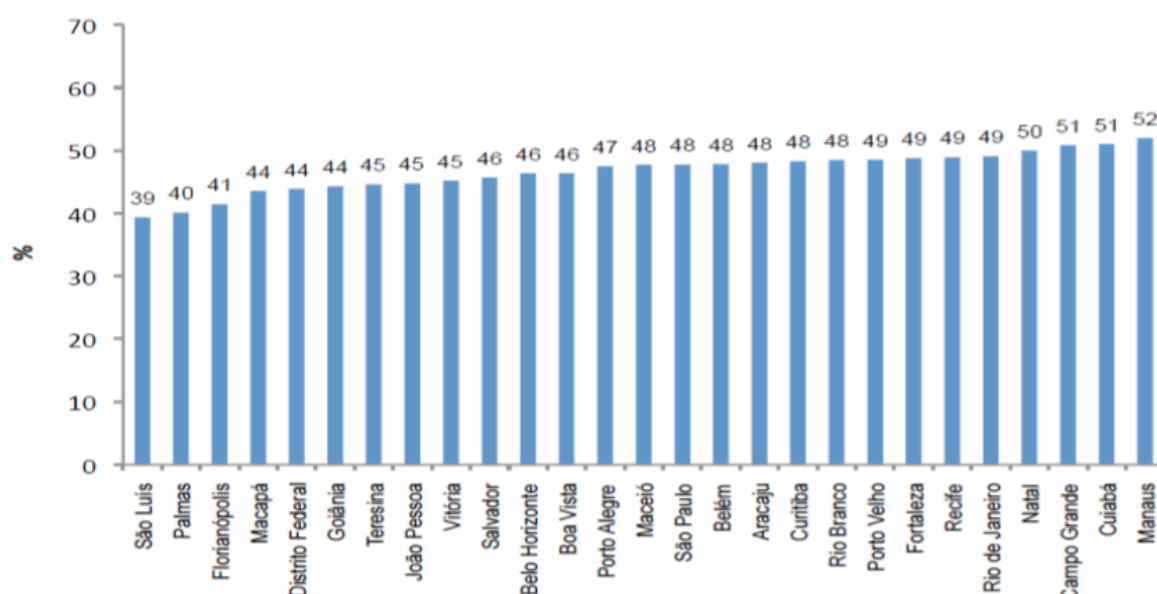


Figura 12 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Vigitel, 2013.

Na totalidade da população adulta das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 51,0%, sendo maior de quantidade em homens (54, 5%) do que entre mulheres (48,1%). Em ambos os sexos, a prevalência da obesidade ganha força com

o aumento da idade até os 54 anos em ambos os sexos. Entre as mulheres, o efeito e contrario o excesso de peso diminuiu, uniformemente, com o aumento do nível de escolaridade (VIGITEL, 2012).

2.3.3 No Estado do Pará

O Estado do Pará, mesmo sendo um dos mais ricos em produção mineral da República do Brasil, e conta com uma população de 8,074 milhão de habitantes segundo pesquisa realizada em Julho de 2014 dos quais conforme Ministério da saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Departamento de Atenção Básica (DAB), Núcleo de Tecnologia da Informação, NTI, no ano de 2014, traz uma amostra de dados de com baixo peso são 3,52%, com peso adequado ou eutrófico 46,49%, com sobrepeso 33,32%, com obesidade grau I 12,34%, com obesidade grau II 3,34%, e com obesidade grau III 1,10% (SISVAN WEB, 2014).

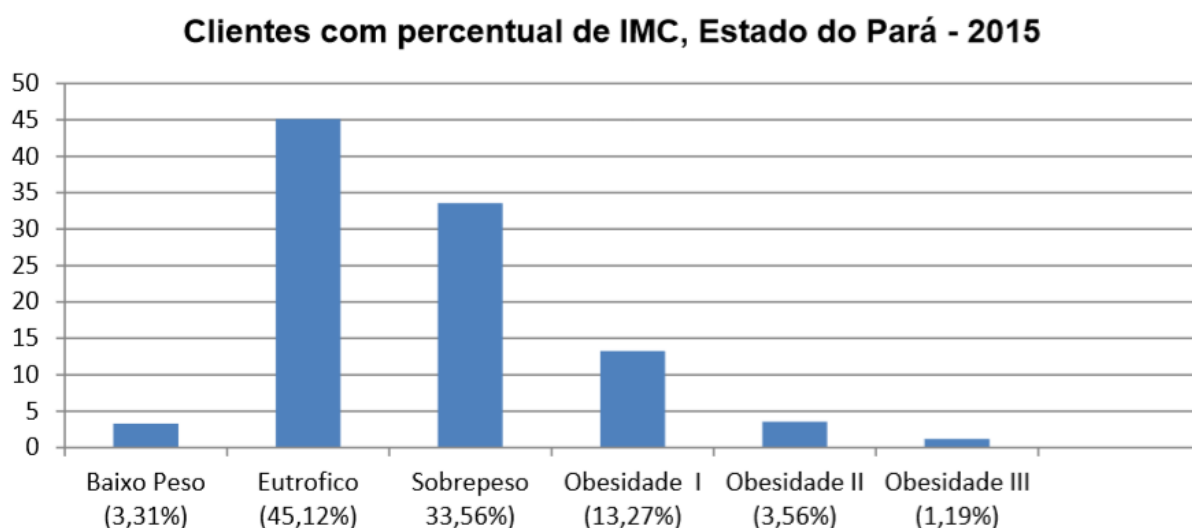


Gráfico 06 – Percentual de Clientes no Estado do Pará, IMC - IMC no MS/SAS/DAB/ Núcleo de Tecnologia – NTI - (SISVAN WEB, 2016)

Estima-se que quase 16% dos habitantes do Estado do Pará são considerados obesos e, 70% desta parcela frequentam o sistema público de saúde. Em todo Estado, a única equipe credenciada para cuidar desses pacientes é a do Hospital Ophir Loyola; e os outros 30% tem condições de obter o tratamento no sistema privado. Neste hospital é onde ocorre a maioria das cirurgias bariátrica em obesos mórbidos do Estado (JORNAL O LIBERAL, 2014).

2.3.4 No Município de Itaituba

Em dados coletados do sistema do MS, SAS, DAB, Núcleo de Tecnologia da Informação, NTI, no ano de 2014, revelam que os clientes adultos acompanhados que estão com baixo peso somam 3,33%, com peso adequado ou eutrófico 43,02%, com sobrepeso 31,97%, com obesidade grau I 15,29%, com obesidade grau II 4,52% e com obesidade grau III 1,87%. Somando 8.868 clientes acompanhados no município de Itaituba-Pará, 53,65% da população estão com sobrepeso e obesos (SISVAN WEB, 2014).

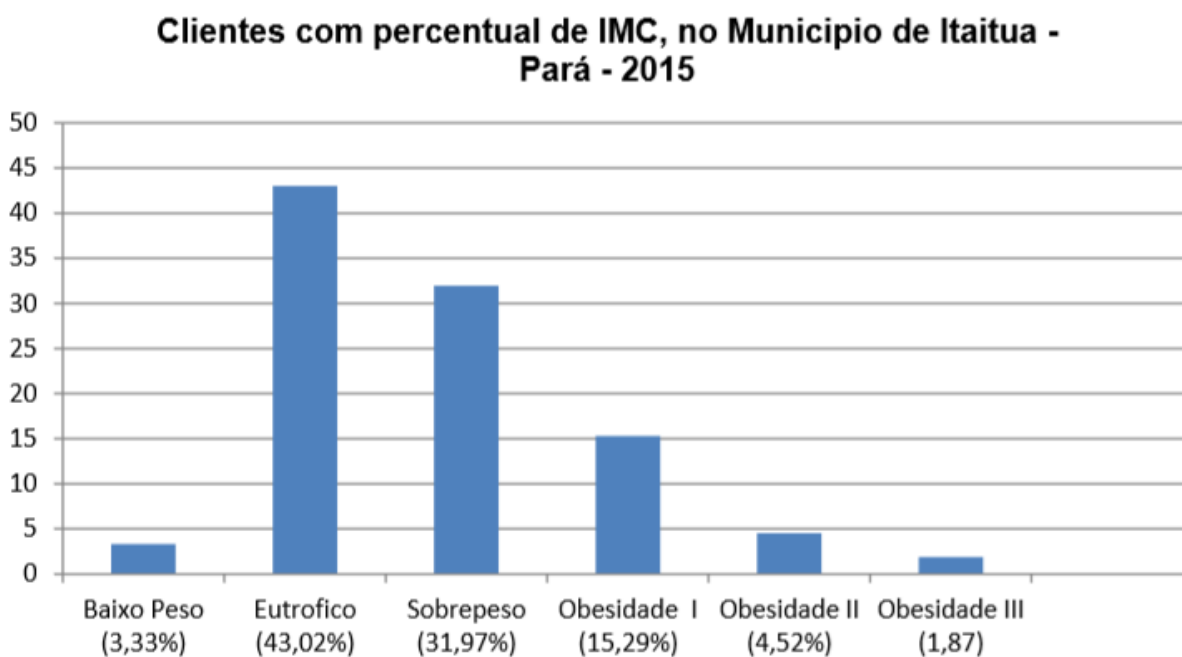


Gráfico 07 – Percentual de Clientes de Itaituba - Pará, Masculino e Feminino - IMC no MS/SAS/DAB/ Núcleo de Tecnologia - NTI - (SISVAN WEB, 2016)

2.4 DOENÇAS CORRELACIONADAS À OBESIDADE

A obesidade pode ocasionar risco de doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT). Segundo Tavares (2010) são vários distúrbios fisiopatológicos que afetam principalmente pessoas com IMC, acima de 30 kg/m², alguns cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda com ou sem insuficiência cardíaca). Schmidt e Duncan (2004) confirmam que a obesidade traz consigo consequências como doenças cardiovasculares, diabetes. Robbins e Cotran

(2010) afirmam que o excesso de peso tem significativa associação com doenças Crônicas como a diabetes tipo 2, dislipidemia, doenças cardiovasculares, hipertensão e câncer, tornou-se um problema de saúde pública que atinge principalmente os países em desenvolvimento. Esse quadro de associação é confirmado por Gomes (2009) que diz que a obesidade está associada com doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias e síndrome metabólica e é conhecida há bastante tempo de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 O risco aumenta para doenças relacionadas à obesidade à medida que aumenta o índice massa corpórea (IMC. Kg/m²)⁴

Doença	IMC <25	IMC 25-29,9	IMC 30-34,9	IMC ≥35
Diabetes tipo 2	1,00	2,42	3,35	6,16
Cálculos biliares	1,00	1,97	3,30	5,48
Hipertensão	1,00	1,92	2,82	3,77
Artrite	1,00	1,56	1,87	2,39
AVC	1,00	1,53	1,59	1,75
Doença cardiovascular	1,00	1,39	1,86	1,67

FONTE: (GOMES *et. al.*, 2009).

Co-morbidade	Número de pacientes (% do total)			
	Presente		Ausente	
	N	(%)	N	(%)
Apnéia do sono	44	17,46	208	82,54
Arritmias	33	13,10	219	86,90
Artrose	67	26,59	185	73,41
Asma	15	5,95	237	94,05
BED ⁽¹⁾	15	5,95	237	94,05
Bronquite	20	7,94	232	92,06
Colelitíase	16	6,35	236	93,65
Depressão	92	36,51	160	63,49
Diabetes Mellitus	25	9,92	227	90,08
Disfunção erétil ⁽²⁾	9	18,00	41	82,00
Dispnéia aos esforços	140	55,56	112	44,44
Distúrbios menstruais ⁽³⁾	58	28,71	144	71,29
DRGE ⁽⁴⁾	34	13,49	218	86,51
Hemorróidas	21	8,33	231	91,67
Hipertensão arterial	160	63,49	92	36,51
Hipertireoidismo	1	0,40	251	99,60
Hipotireoidismo	14	5,56	238	94,44
Hirsutismo ⁽³⁾	78	38,61	124	61,39
Insuficiência cardíaca	7	2,78	245	97,22
Incontinência urinária	39	15,48	213	84,52
Litíase renal	21	8,33	231	91,67
Úlcera péptica	5	1,98	247	98,02
Varizes de MMII	115	45,63	137	54,37
Outras co-morbidades	128	50,79	124	49,21

Tabela 3 – (1) BED – Binge Eating Disorder – ingestão alimentar compulsiva, (2) Atribui-se a estacomorbidade apenas os pacientes do sexo masculino (n=50), (3) Atribui-se a estas comorbidades apenas os pacientes do sexo feminino, (4) DRGE-refluxo gastro-esofagico.

Fonte: Costa (2009).

Os indivíduos obesos apresentam sofrimentos psicológicos relacionados a problemas de preconceitos sociais e discriminações contra a obesidade, dessa forma há uma relação entre as pessoas obesas em comer para resolver ou compensar problemas. As relações ficam mais evidentes quando se considera pacientes com obesidade abdominal (VITOLO, 2012).

Schmidt e Ducan (2004) concordam que problemas como síndrome da alimentação noturna e transtornos alimentares noturnos são causados por pressões sociais, culturais, preconceitos e a discriminação dos magros da sociedade moderna.

De acordo com Vitolo (2012) a Compulsão Alimentar (CA) é caracterizada por comer em excesso em um intervalo de duas horas (2h), impulsionada por estresse ou por sentimentos negativos uma quantidade de alimentos que uma pessoa normal comeria no mesmo intervalo, durante cada episódio fica confirmado o sentimento de perda do controle do próprio comportamento.

São pessoas com transtornos de comer compulsivo, tendo ataques bulímicos habituais sem apresentar a prática de patologia controle de peso ou vômitos abuso de laxativos, exercícios físicos em excesso, que são métodos utilizados por pacientes com bulimia nervosa (VITOLLO, 2012). Em relatório com as estimativas de indicadores para 2013, a VIGITEL, dispõe que relativo às entrevistas realizadas pelo sistema no mesmo ano, são apresentadas estimativas para a frequência (e o correspondente intervalo de confiança de 95%) de fatores selecionados de risco ou proteção para doenças crônicas na população adulta de cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal e, também, para o conjunto da população adulta dessas 27 cidades. É visível a frequência de fatores de risco ou proteção para DCNT e devidamente demonstrada, segundo o sexo, para cada uma das cidades incluídas no sistema VIGITEL e, segundo a faixa etária e o nível de escolaridade para o conjunto das 27 cidades todas as estimativas são ponderadas para representar a população masculina e feminina adulta de cada cidade e do conjunto das 27 cidades no ano de 2012, conforme descrito anteriormente (VIGITEL Brasil, 2014).

2.4.1 Diabetes Tipo 2

O impacto das doenças na população engodada com a complexidade do tratamento pode aumentar a cada ano, levando profissionais da saúde a investirem na prevenção da diabetes e obesidade SCHMIDT; DUCAN (2004). Custodio et al., (2013) afirma que é necessário observar as trocas balizadas pelos preços, que orientam a produção e o consumo. O pensamento liberal valoriza o bem-estar usando até os recursos escassos, mergulhando o país a um desrespeito dos direitos constitucionais.

2.4.2 Dislipidemia

A dislipidemia é uma alteração nos níveis séricos de moléculas e complexos lipídicos. O colesterol é um lipídeo fundamental para o bom andamento dos processos fisiológicos celulares que é transportado em partículas de HDL (high density lipoprotein ou lipoproteína de alta densidade), LDL (low density lipoprotein ou lipoproteína de baixa densidade), geralmente assintomático o LDL contribui para progressão rápida de aterosclerose. Sendo a inflamação da parede

arterial subjacente, tornando uma das causas principais de morte no Brasil (DUCAN; SILVA; MORIGUCHI 2004).

2.4.3 Doenças Cardiovasculares

A doença cardiovascular aterosclerótica vem sendo pesquisada sistematicamente através de ensaios clínicos randomizados, tendo como resultado um ganho significativo de casos tornando a principal causa de mortalidade no Brasil(DUCAN; SILVA; POLANCZYK 2004).

A obesidade está relacionada diretamente com as doenças cardiovasculares, tendo um aumento significativo, mesmo com o controle das doenças associadas os riscos são independentes GOMES (2009). Em estudos mostram que indivíduos com Circunferência da Cintura CC entre 94-101 cm em homens e 80-87 em mulheres possuem risco cardiovascular (COLOMBO, 2003).

2.4.4 Hipertensão

Existe uma grande relação entre a pressão arterial elevada e a obesidade (JUNIOR *et al.*, 2013). Guedes; Guedes (2003) afirmam que a obesidade agride a pressão arterial em todas as sociedades e grupos étnicos em ambos os sexos, sua prevalência chega 2,9 vezes maior do que em não obesos, com pouco esclarecimento do assunto.

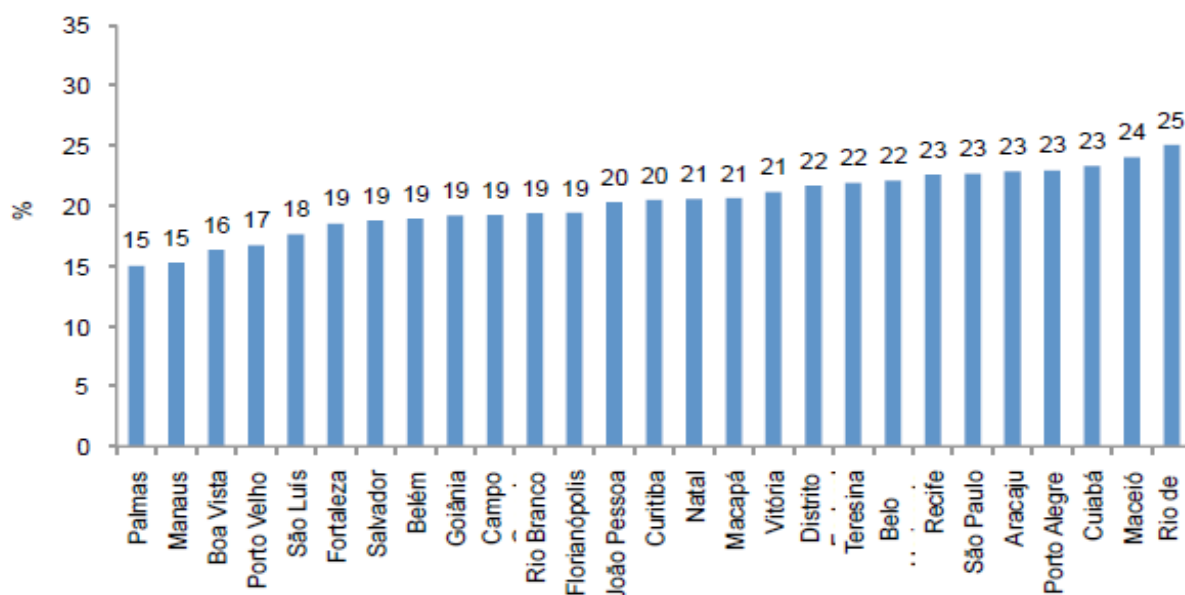


Gráfico 06 - Percentual de homens (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL (2014).

2.4.5 Câncer

Campos (2013) caracteriza o Câncer por proliferação celular local com crescimento descontrolado não respondendo os estímulos que regulam o crescimento, sendo disseminadas através da corrente sanguínea invadindo estruturas normais adjacentes, as neoplasias podem ser classificadas em benignas quando tem possibilidade de cura. Se apresentam geralmente como tumores de crescimento lento, expansivo, circunscrito, que pressionam os tecidos, não apresentando metástase. Por outro lado, a neoplasia maligna tem crescimento rápido, expansivo e infiltrativo, apresentando possibilidades de ocorrerem metástases CAMPOS (2013).

2.4.6 Doenças Reprodutivas

A infertilidade é causada por vários fatores como a irregularidade menstrual e hirsutismo, principalmente quando apresentam a gordura central, podem apresentar ovários policísticos, hiperandrogenismo ovariano (SCHMIDT; DUCAN 2004).

2.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os pacientes adultos, em tratamentos Anti-Hipertensivos, devem ser orientados pelo profissional de saúde a fazer reavaliação ambulatorial com intervalos mensais e trimestrais, não interrompendo o tratamento farmacológico (DUCAN, et. al. 2004). O profissional de saúde deve trabalhar os aspectos que mais interferem na qualidade de vida, visando melhorias em sua autoestima para obtenção dos cuidados básicos principalmente de uma alimentação saudável (BRASIL, 2012). Para Pinheiro, Freitas e Corso (2004):

“[...] os profissionais de saúde precisam assumir seu papel na construção de um plano de atividades, juntamente com os usuários dos serviços de saúde, na busca de práticas alternativas capazes de produzir respostas aos problemas de saúde da população [...]”(PINHEIRO; FREITAS e CORSO, 2004, p. 531).

É importante que haja conscientização quanto a epidemiologia nutricional do Brasil, pela existência de um conjunto imenso de fatores que contribuem para o quadro. É necessário gerar estratégias de saúde pública que permita um modelo de atenção voltado para os casos de desnutrição e obesidade, auxiliando na prevenção da produção social de doença; esse modelo deve integrar as consequências e interfaces das políticas econômicas, ao processo de morbidade e mortalidade das populações (PINHEIRO; FREITAS e CORSO, 2004).

2.6 TRATAMENTOS:

2.6.1 Cirúrgica

Das formas de tratamento mais tradicionais para a obesidade, a cirurgia bariátrica vem obtendo os melhores resultados para a obesidade grau III, de 252 obesos mórbidos pesquisados pela NHU da UFMS, dos quais já tinham recebido tratamentos clínicos com dieta de exercícios físicos 245 (97,22%), paciente que se submeteram a dietas para obesidade, 211 (83,73) desses relataram terem realizado atividades físicas e 176 (69,84%) utilizaram medicamentos para obesidade. Esse tipo de tratamento exige do enfermeiro uma formação específica e desta forma concentrando uma atuação com bases científica nas equipes interdisciplinar, pois as

tendências com esse tratamento tendem crescer a cada dia em nosso meio (COSTA, et al 2009). Segundo SCHMIDT E DUNCAN (2004). O uso de cirurgia bariátrica está crescendo rapidamente. Após metanálise de ensaios clínicos (randomizados ou não demonstrou perda de peso de 23 a 28 kg dois anos, além dos obtidos através de manejo convencional. Recomendado para pacientes que não responderam a vários tratamentos e que apresentam IMC > 40 KG/M² ou então IMC > 35 KG/M² que apresentam co-morbidade, hipertensão ou dislipidemia.

Planos terapêuticos para pacientes obesos e pré-obesos seguindo decisões da OMS que são norteadas pelo grau de obesidade sugerem que o risco absoluto elevado requer tratamento agressivo para obtenção de perda de peso, levando em conta a motivação do paciente e a compreensão do esforço impetrado para perda de peso, podendo ser alcançada apenas com mudanças alimentares SCHMIDT; DUNCAN (2004).

Considerando a dificuldade no tratamento da obesidade, que requer mudança de comportamento em longo prazo e, ainda, a sua condição como fator de risco para uma variedade de DCNT, medidas efetivas de prevenção e controle do excesso de peso e da obesidade são extremamente necessárias e urgentes. Essas medidas devem ser dirigidas a toda população, uma vez que, além do excesso de peso atingir cerca de metade da população adulta, tendências crescentes estão sendo observadas em curtos intervalos de tempo (GIGANTE, 2011).

2.6.2 Atividade Física Regular

O hábito de atividade física regularmente mesmo em pequena quantidade aumenta a termogênese leva o organismo a gastar mais energia levando-o ao bem estar e mesmo sem contar com a perda de peso leva o corpo ao equilíbrio evitando significativamente os riscos de diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. As atividades físicas podem ser trabalhadas com a redução de tempo gasto com atividades de baixa intensidade, podendo começar com pequenas caminhadas em períodos de lazer e ao se deslocar para o trabalho. Com exercícios de 30 minutos diários tem-se um gasto de 150 kcal/dia, perfazendo um total de 1.000 kcal/semana. Sendo considerada uma meta mínima para pacientes obesos SCHMIDT E DUNCAN (2004). Os exercícios físicos provocam impactos positivos quando envolve grandes grupos musculares trabalhando o sistema orgânico de oxigenação, sendo recomendados os exercícios aeróbicos que, exigem esforços de média e longa

duração, tendo em vista a demanda energética de 20 – 30 minutos de corrida rítmica moderada, e equivalente a 40 – 50 minutos de caminhada, tornando recomendável a caminhada ideal para o início dos exercícios GUEDES; GUEDES (2003).

2.6.3 Fármacos Antiobesidade

Os tratamentos à base de fármacos usados contra a obesidade se dividem em dois grandes grupos: antiabsortivos e moderadores do apetite, representantes dos inibidores da lipase chamado orlistat, que pode ser prescrito para uso prolongado ou seja, mais de três meses. O uso por mais de um ano deve ser observado a ausência de efeitos com perda de peso. Há risco de ganho de peso com a suspensão do medicamento, é mais indicado a pessoas que não se adaptam a dietas com perda de gordura menor que 30% SCHMIDT E DUNCAN (2004). De outro lado os moderadores de apetite, este grupo de fármaco trabalha no aumento de disponibilidade de neurotransmissores anorexígenos no sistema nervoso central, como norepinefrina, serotonina, ou combinações, Sibutramina é um inibidor de captação da norepinefrina e da serotonina. Diferente dos fármacos adrenérgicos, vem apresentando melhor perfil de segurança e tolerabilidade, aumentando o uso por mais de três meses SCHMIDT E DUNCAN (2004). Os medicamentos são utilizados quando há falta de êxito em tratamentos coadjuvantes levando o Brasil a encabeçar índices de maior consumo de medicamentos controlados, tornando necessária a orientação de pacientes e recomendado o uso somente quando necessário BRASIL (2014).

2.7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO

No Brasil a Atenção Básica (AB) vem trabalhando na ampliação de saberes facilitando a compreensão dos agravos a mostrando a complexidade do trabalho em parceria com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) que juntamente com a equipe de Saúde da Família ganha caráter multiprofissional por suavez o ministério da saúde (MS) elabora diretrizes para os NASF com o intuito de efetivar ações voltadas da promoção à reabilitação BRASIL (2014).

No Brasil não é diferente de outros países em desenvolvimento sendo a transição nutricional marcada pela presença concomitante de desnutrição, obesidade e doenças, carências específicas ligadas a má nutrição SCHMIDT; DUCAN (2004). A

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, portaria nº 710/1999, que formula os principais requisitos para promover a saúde (REIS, VASCONCELOS e BARROS, 2011).

Políticas são intensificadas no âmbito escolar tentando de todas as formas evitar a obesidade desde a infância. Segundo Reis (2011), o Decreto Presidencial nº 6.286/2007 que foi o resultado de trabalhos do Ministério da Saúde e da Educação, apontaram para intensificação da educação e prevenção da saúde das crianças nas escolas públicas e avaliação das condições de saúde.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) é gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) e visa a transferência de recursos para Estados e Municípios, para suprir parcialmente a necessidade nutricional dos alunos. A Lei 11.947/2009 dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Direto na Escola aos alunos da educação básica. Os aumentos dos índices de sobrepeso e obesidade em escolas no Brasil e no mundo, acordaram as autoridades para tomarem providências de implantação de estratégias de promoção da alimentação saudável.

Sendo o Estado de Santa Catarina o primeiro a criar uma lei estadual (12.061/2001) para regulamentar os alimentos comercializados nas cantinas escolares, prevenindo a educação alimentar, desde a infância, para se seguir na idade adulta, auxiliando, assim na diminuição desse em percentual considerável (REIS, VASCONCELOS e BARROS, 2011).

A Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, em seu artigo primeiro, redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como de cuidados prioritários na rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, sendo registrada a preocupação quanto as doenças Crônicas. No artigo, segundo onde a organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, se observa as diretrizes específicas (BRASIL, 2013).

A assistência de enfermagem, junto ao paciente adulto com prevalência de obesidade, pode ser realizada através dos programas ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que são viabilizados pelo governo federal através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN que foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV

– Lei Orgânica da Saúde. Antes desse momento, existiam inúmeras experiências locais em diversas partes do País, sem uma articulação estadual e nacional (BRASIL, 2008). A portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004: Estabelecida entre o Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, dispõe sobre os procedimentos e técnicas ofertadas e o monitoramento das ações de saúde estabelecida de acordo com as condições das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2008).

Segundo o site do e-sus, o e- SUS Atenção Básica, é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. A ação está alinhada com proposta de reestruturação dos Sistemas de Informações em Saúde do Ministério da Saúde, isso qualifica a gestão da informação o que amplia a qualidade no atendimento à população.

3 METODOLOGIA

Para elaboração da presente pesquisa foi realizada uma pesquisa bibliográfica investigativa, quantitativa, que descreva o percentual de obesidade por ciclo de vida: adultos, em ambos os sexos, masculino e feminino, para obter informações sobre a prevalência da obesidade e das principais doenças causadas pela mesma nesses pacientes. Foi aplicado um questionário com perguntas fechadas (anexo I), onde os voluntários receberam um Termo de Consentimento (anexo II), feito em duas vias, que foi entregue ao entrevistado e outro ao pesquisador. O campo de pesquisa foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Edson Botelho, que atende grande número de consultas médicas, tendo como foco principal a prevalência da obesidade no município de Itaituba. Portanto, foi utilizada a faixa de corte de pessoas entre 20 e 60 anos (adultos) e descartado os questionários respondidos por adolescentes, idosos e gestantes.

Para a coleta de dados foi realizada um questionário simples e prático com perguntas objetivas de fácil linguagem acessível a pacientes cultos e a população de nível escolar baixo, valorizando o cliente e mostrando o valor da pesquisa para a população do nosso município. Todas as respostas foram analisadas pela técnica da análise estatística descritiva do conteúdo, destacando as respostas do questionário para 200 pessoas na UBS Edson Botelho, em um mês de atendimento.

A pesquisa bibliográfica tem grande abrangência para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado assunto que assumimos como tema de pesquisa científica (RUIZ, 2011). No presente estudo utilizamos a pesquisa bibliográfica para aprofundamento do assunto a prevalência da obesidade em pacientes adultos no município de Itaituba, descrevendo o percentual de obesidade por grupos adultos, masculinos e femininos, e analisando as principais doenças causadas pela prevalência da obesidade em pacientes adultos. Um assunto atual que atinge todos os países ricos e pobres. Tem se tornado uma epidemia mundial de grande importância para a saúde pública de nossa cidade de Itaituba. As informações foram coletadas com autorização local do órgão responsável pela unidade básica de saúde.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 200 clientes em um mês de atendimento pelo posto de saúde Edson Botelho, que cobre três bairros da cidade de Itaituba, Estado do Pará (bairros: Boa Esperança, Centro e Jardim Tapajós) na análise dos dados. Foi observado o IMC dos clientes pesquisados e se chegou aos seguintes resultados: 116, representando um percentual de (58%) do sexo feminino e 84 clientes, com percentual de (42%), do sexo masculino, sinalizando maior procura por atendimento de saúde na UBS Edson Botelho a população do sexo feminino. Corroborando com Costa (2009) que realizou pesquisa com 252 formulários de clientes pelo NHU da UFMS, em que teve resultado 202 que representa (80,16%) feminino, e 50 que simboliza (19,84%) masculino, tendo a permanência do sexo feminino na busca ao atendimento de saúde. Em contra partida, houve aumento do percentual de participação com crescimento de clientes do sexo masculino que, antes era de 19,84% na referida pesquisa, para 42% de participação no estabelecimento de Saúde como demonstra o gráfico 7.



Gráfico 05 - Clientes entrevistados na Unidade Básica de Saúde Edson Botelho por sexo masculino e feminino. Fonte: Santos (2016).

Com relação ao número de 200 clientes que participaram da pesquisa de campo, que responderam ao questionário, chegou-se a seguinte observação: com sobrepeso e obesidade, houve 61 clientes, que juntos, do total de homens atendidos,

fazem um percentual de obesidade de (72,62%) do sexo masculino e 61 clientes, do total de mulheres atendidas, corresponderam a (59,%) como mostra o gráfico 08.

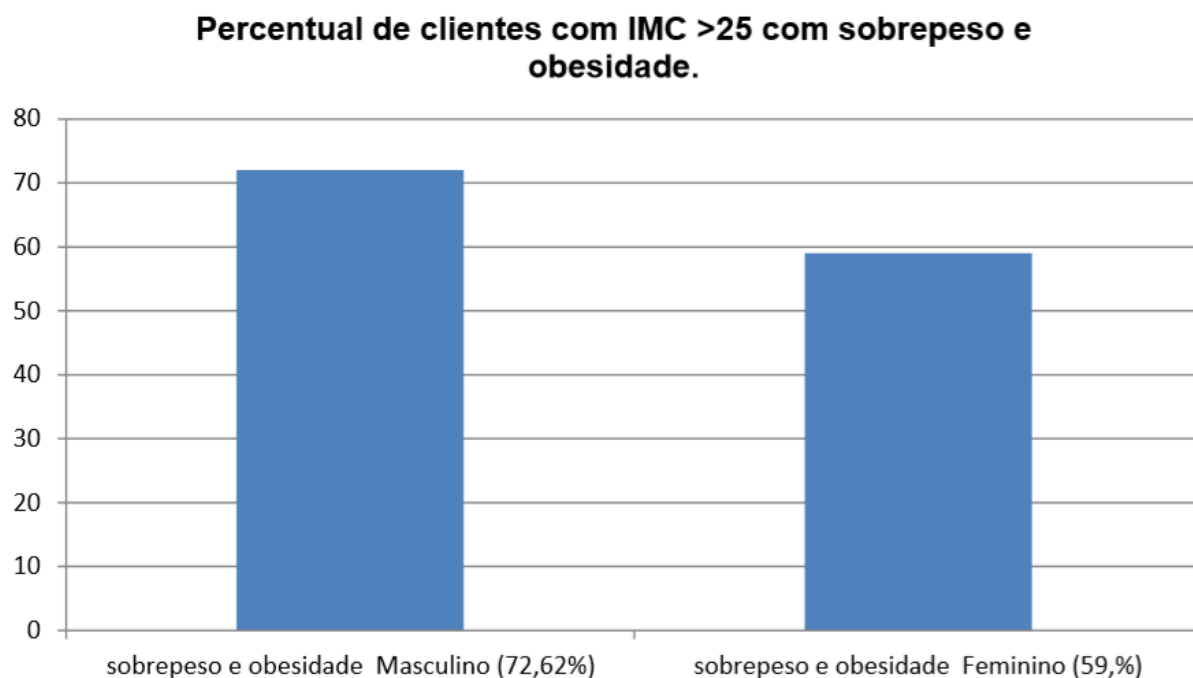


Gráfico 09 – Percentual de obesidade em Clientes atendidos pela Unidade Básica de Saúde dos sexos; masculino e feminino. Fonte: Santos (2016).

O resultado do percentual de obesidade entre os clientes masculinos e femininos apresenta um dado novo no IMC, com crescimento de 55% de sobrepeso e obesidade no grupo do sexo masculino para 72,62% representando um aumento significativo de 18,62%. E de 48% do sobrepeso e obesidade, do sexo feminino, para 59%, uma diferença do sobrepeso e obesidade no sexo feminino foi de 11% em comparação com a pesquisa nacional 2013, publicado na edição da (VIGITEL 2014). Analisando os dados e comparando com clientes com sobrepeso e obesidade no Estado do Pará, dos sexos Masculino e Feminino, no ano de 2015, chega-se ao seguinte resultado: um total de 508.941, Baixo peso 16.863 (3,31%), eutrófico (adequado) 229.621 (45,12%), sobrepeso 170.780 (33,56%), obesidade Grau I 67.537 (13,27%), obesidade Grau II 18.107 (3,56%), obesidade Grau III 6.033 (1,19%) (NTI, 2015). Comparando os resultados abaixo nota-se que o baixo peso ganha notoriedade nos resultados com percentual de 2,59% do sexo feminino em relação ao masculino. Também é notório o percentual de 44,83% eutrófico, e feminino, contra 27,38% masculino. Um ganho em saúde de 17,45%, representando melhor resultado de IMC para o grupo feminino. a boa fase continua com o grupo feminino de 32,76%

sobrepeso, 11,21% obesidade I, contra os masculinos de 39,29% sobrepeso e 29,76% obesidade I, com percentual de 6,53% melhor em sobrepeso e 18,55% em obesidade I, as mulheres só perde em obesidade II 6,90% e obesidade III 1,72%, contra 2,38% obesidade II e 1,19% obesidade III, com uma pequena recuperação masculina com ganho de 4,52% em obesidade II e 0,53% em obesidade III, concordando com Costa (2009) com maior busca em tratamento de saúde e quando esgotado os tratamentos com exercícios físicos e alimentação saudável ou fármacos, não desistem e buscam a cirurgia bariátrica.

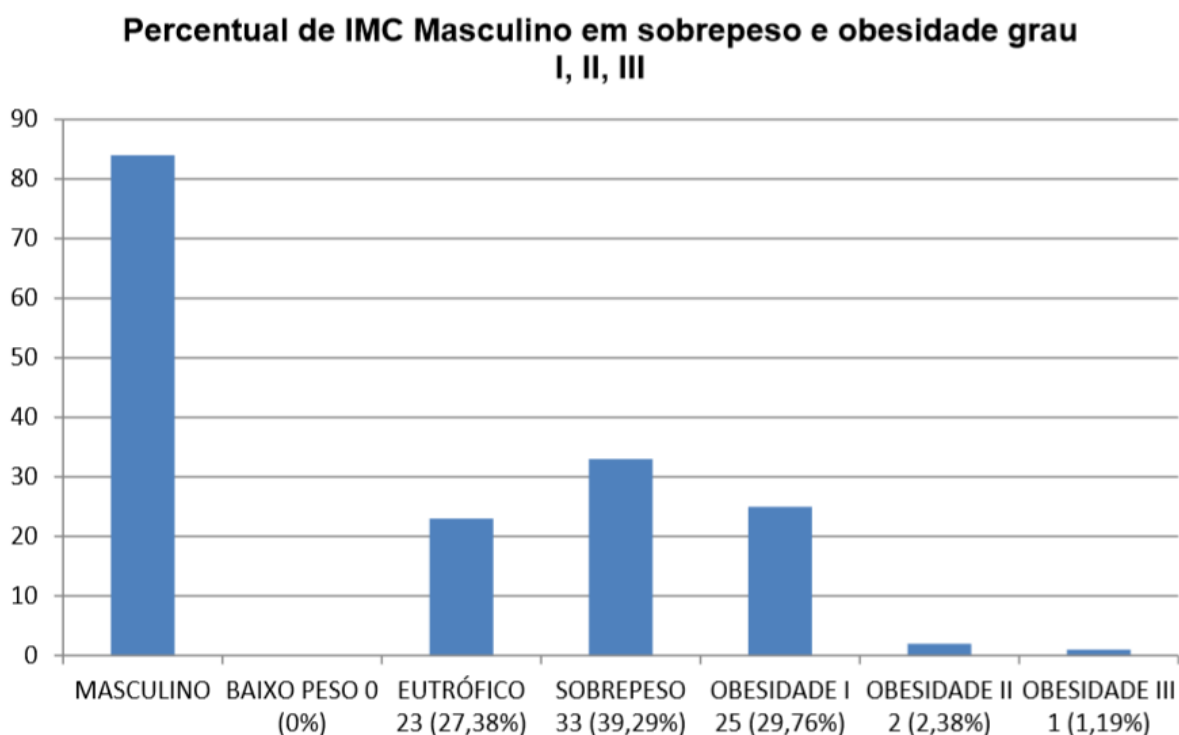


Gráfico 10 – Grupo masculino dividido por baixo peso, eutrófico em grau de obesidade Fonte de Pesquisa (2016).

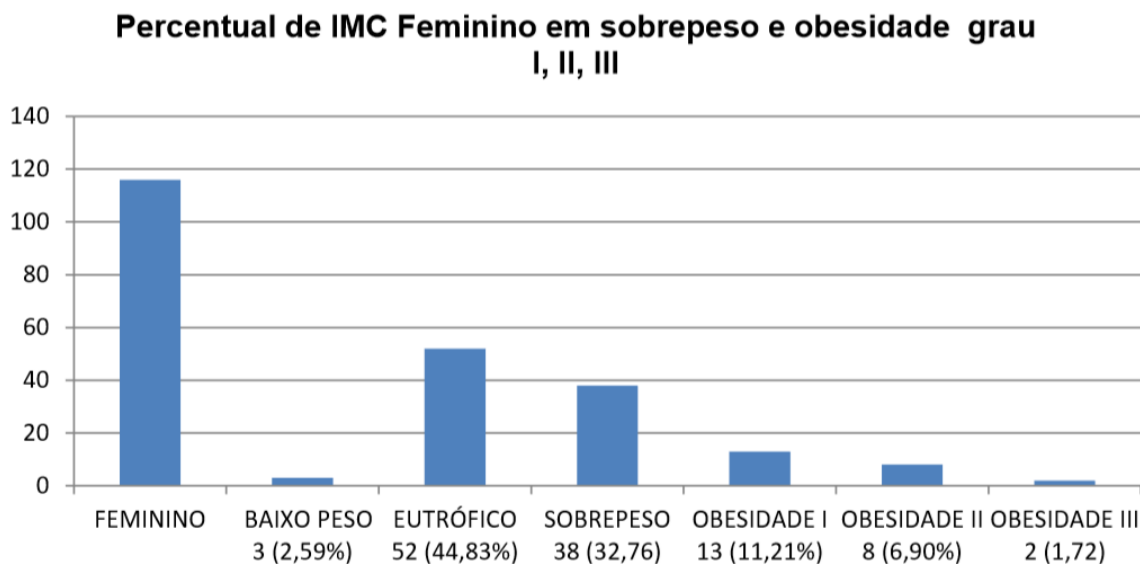


Gráfico 10 – Grupo masculino dividido por baixo peso, eutrófico, sobrepeso e grau de obesidade
Fonte de Pesquisa (2016).

Na busca de aprofundar a pesquisa foi tabulado os dados adquiridos em pesquisa de campo na UBS Edson Botelho, com método de CC e RCQ trazendo os seguintes resultados; normal n= 40 (47,62%), nível I n= 15 (17,86%), nível II n= 29 (34,52%) no que se refere ao sexo masculino e dos n= 116 (59%) do grupo feminino, obtivemos normal n= 52 (44), (83%), nível I n= 29 (25%) e nível II n= 35 (30,17%) temos o resultado.

Percentual de CC Masculino de clientes atendidos pela UBS Edson Botelho.

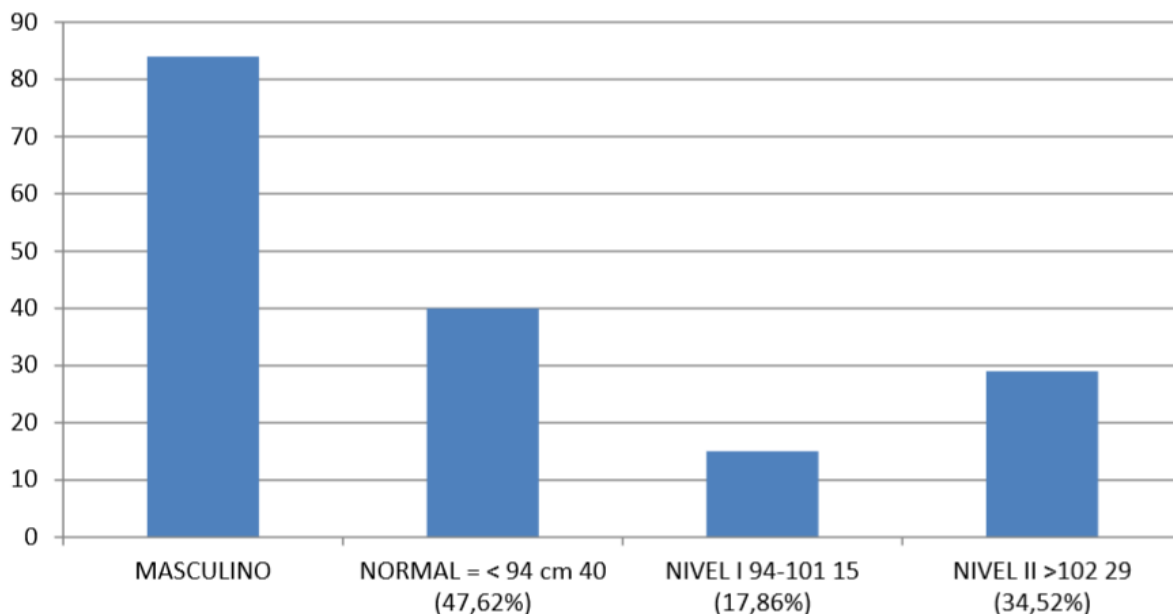


Gráfico 10 – Grupo masculino CC dividido por normal <94, nível I 94-101, nível II >102 Fonte de Pesquisa (2016).

Segundo Junior et al., (2013) os ditos normais não apresentam risco para hipertensão arterial, dislipidemia hiperrinsulinemia, hiperglicemia e intolerância à glicose. Enquanto que os que tiveram resultados nível I e nível II tem o risco de evoluir DCNT aumentado por conta da CC não está dentro dos padrões antropométricos.

Percentual de CC Feminino de clientes atendidos pela UBS Edson Botelho.

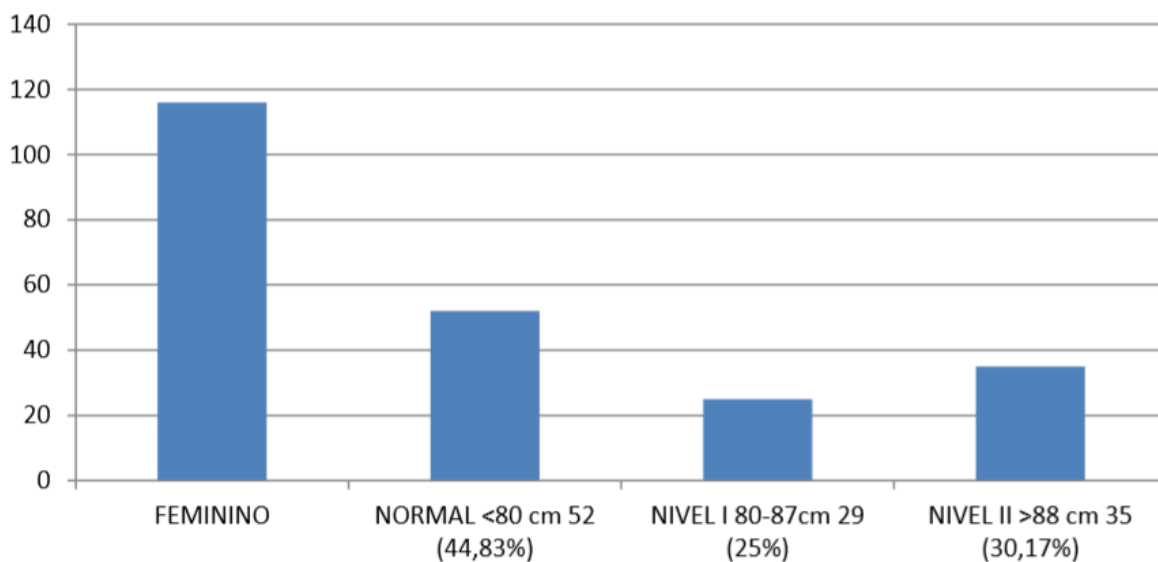


Gráfico 13 – Grupo feminino CC dividido por normal <94, nível I 94-101, nível II >102 Fonte de Pesquisa (2016).

Ao analisar os dados coletados do Gráfico 14, temos como resultado as doenças correlacionadas ao sobrepeso e obesidade, a hipertensão com $n= 18$ (14,75%) vem em primeiro lugar e em seguido a diabetes com $n= 3$ (2,46%), foi detectado cliente soro + $n= 1$ (0,82%), seguido de CA com $n= 1$ (0,82%), cefaleia $n= 1$ (0,82%), SINUSITE $N= (0,82\%)$, lombalgia $n= 1$ (0,82%), litíase renal $n= 1$ (0,82%).

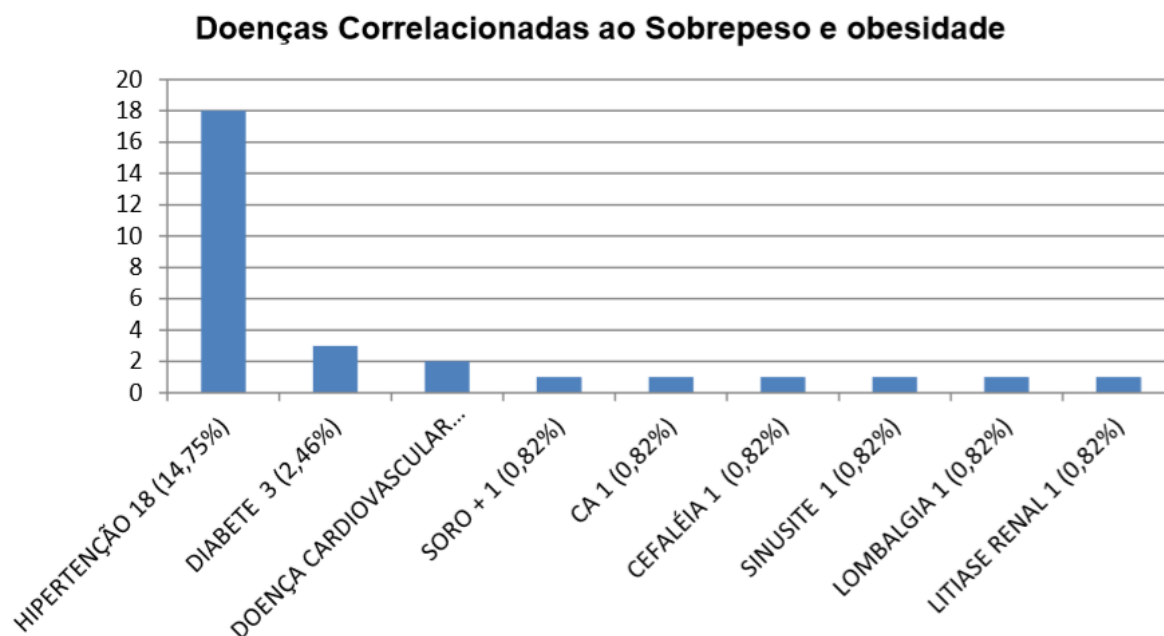


Gráfico 14 – Grupo feminino com sobrepeso e obesidade e doenças correlacionadas Fonte de Pesquisa (2016).

O percentual de doenças encontradas endossa em parte as pesquisas de Junior (2013) como resultado novo o soro + a cefaleia e a sinusite amplamente defendida por Schmidt (Ducan, 2004).

Em resultados por grau de escolaridade como demonstra no Gráfico 15, foi encontrado semelhança entre os percentuais coletados e Costa (2009) quando afirma que, quanto mais baixo o grau de escolaridade maior o número de sobrepeso e obesidade.

Percentual por grau de escolaridade de cliente com sobrepeso e obesidade

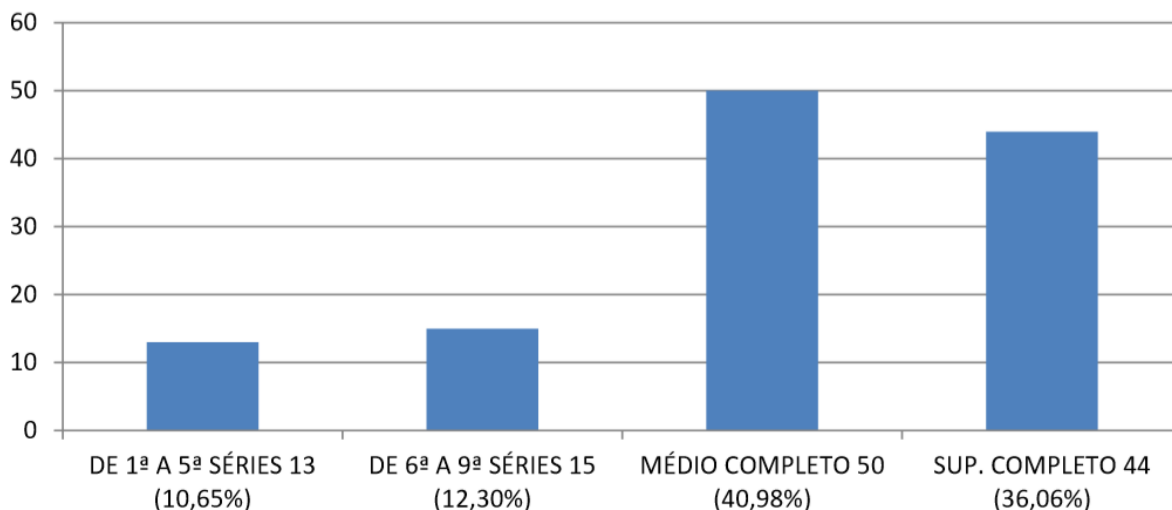


Gráfico 10 – Grupos masculino e feminino CC dividido por grau de escolaridade. Fonte de Pesquisas (2016).

Quanto aos que praticam exercícios físicos como mostra o gráfico a seguir, dos 122 clientes com sobrepeso e obesidade entrevistados do sexo masculino $n=61$ (27,05%) praticam exercícios e $n=61$ (13,93%) sexo feminino não praticam. Observa-se que mesmo o grupo masculino praticando exercícios físicos o percentual de obesidade é maior que o grupo feminino.

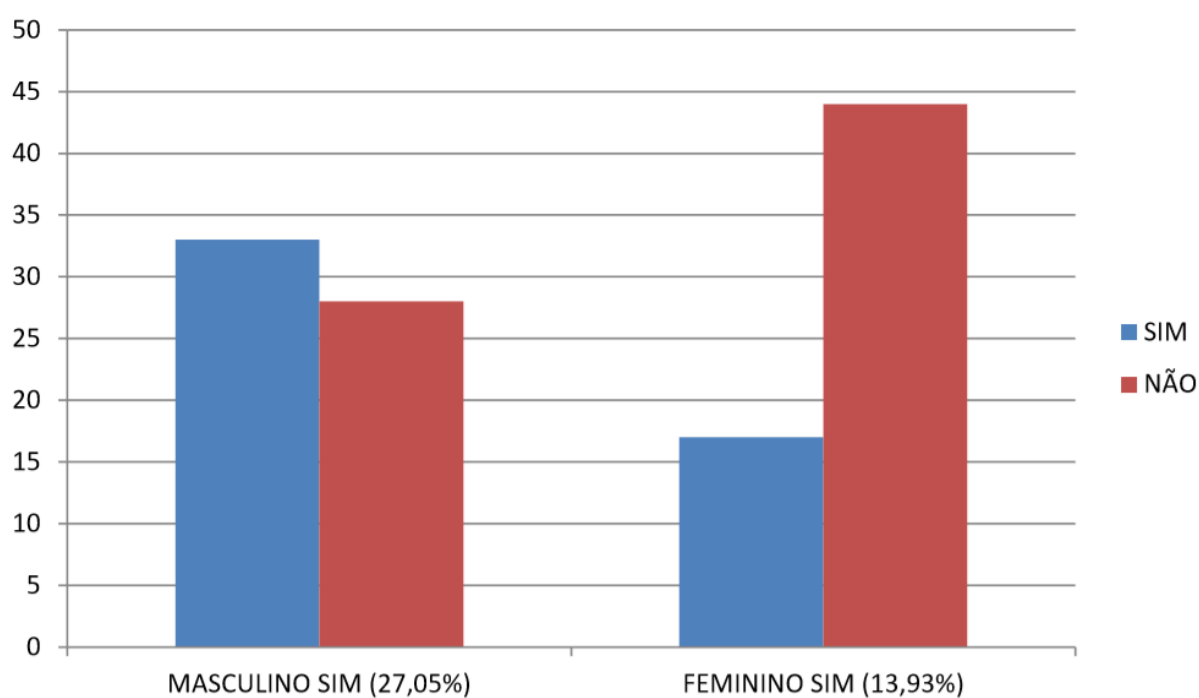


Gráfico 16 – Prática de exercício físico por sexo Fonte de Pesquisa (2016).

O Gráfico 17 confirma que, dos 122 com IMC $>25 \text{ Kg/m}^2$ classificados com sobrepeso e obesidade, nota-se a falta de frequência nas refeições onde as três mais efetivadas foram café da manhã e almoço e jantar; corroborando com Schmidt e Ducan (2004), quando afirma que o organismo aprende a armazenar alimento para liberá-los em forma de ácidos graxos de acordo com a necessidade do organismo.

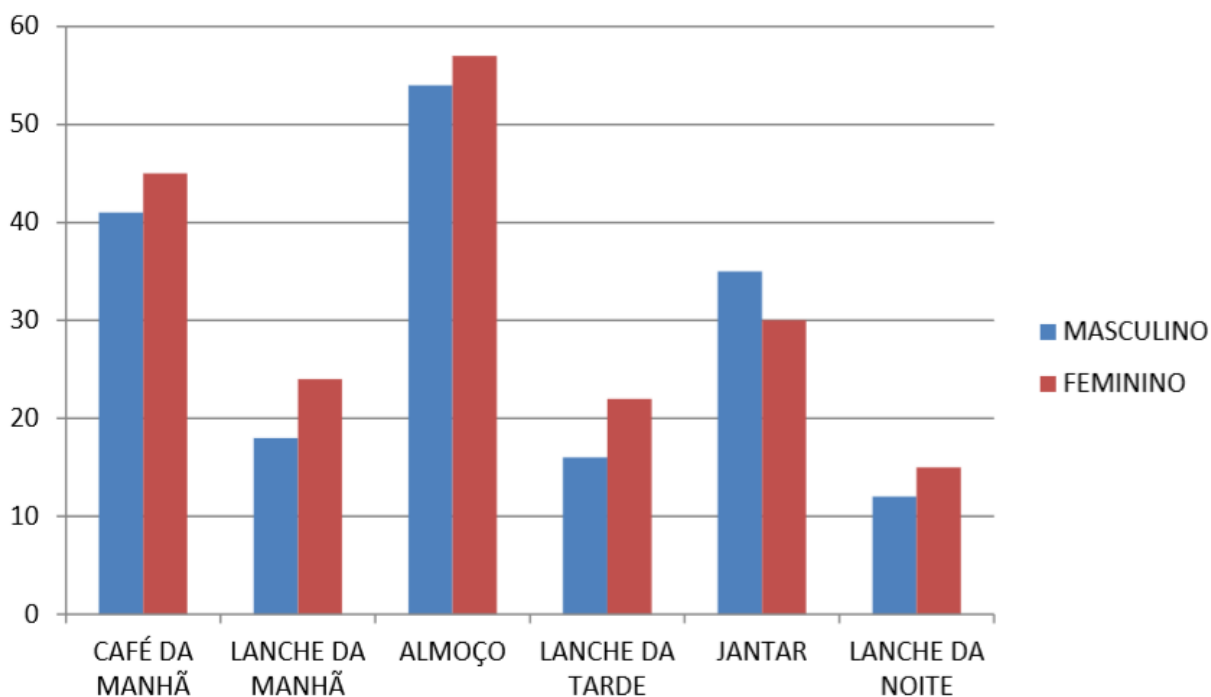


Gráfico 17 – Distribuição de refeições
Fonte de Pesquisa (2016).

Observa-se que dos 122 clientes com sobrepeso e obesidade notou-se através dos dados coletados um maior consumo de carne bovina e refrigerante pelo grupo do sexo masculino enquanto que no grupo feminino houve um maior consumo de frango, peixe, frutas e hortaliças, demonstrando assim, maior interesse por uma alimentação balanceada e saudável.

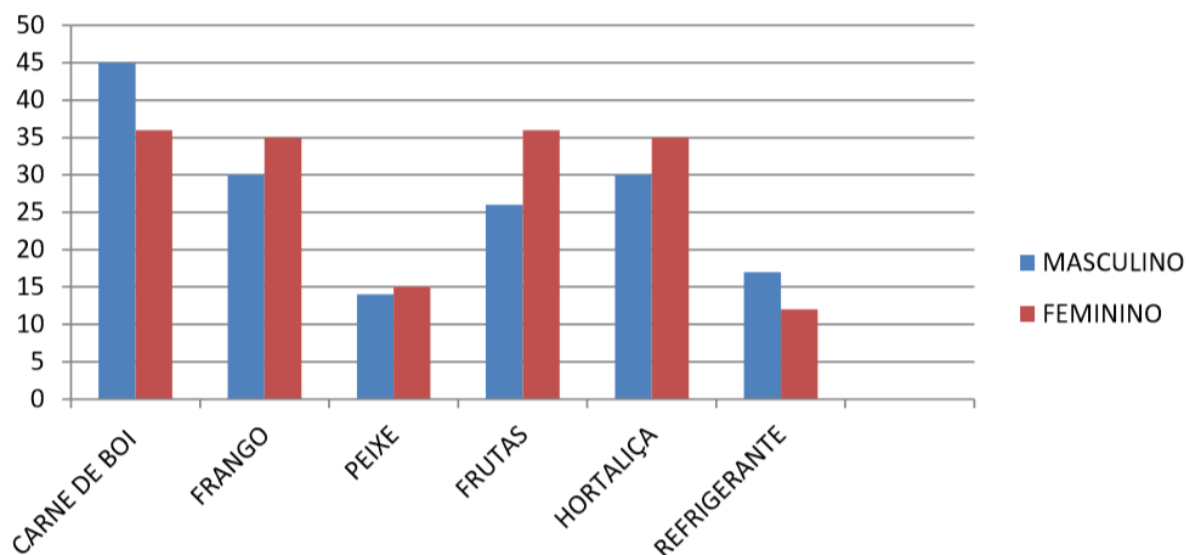


Gráfico 18 – Ingestão de alimentos saudáveis por sexo Fonte de Pesquisa (2016).

Nota-se que dos clientes avaliados no Gráfico 18, 72,62% de clientes do sexo masculino, com sobrepeso e obesidade com os seguintes resultados por sobrepeso, obesidade I, obesidade II, obesidade III, em percentual.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista que a obesidade é uma doença crônica multifatorial, que pode ocasionar outras doenças que prejudicam ainda mais o organismo e a crescente da transição nutricional no mundo, é necessário um olhar mais atento do profissional enfermeiro na humanização com pacientes obesos. Além do mais, a pesquisa mostrou que grande parte dos cidadãos da cidade de Itaituba sofre com a falta de informação e poucos trabalhos relacionados ao tema, nesta estimada cidade.

De acordo com os resultados do presente estudo é possível constatar que a prevalência do excesso de obesidade em pacientes atendidos pelo posto de saúde Edson Botelho, tem predominância em pacientes do sexo masculino, por mais que a frequência de atendimentos seja maior do sexo feminino. Os fatores que nos levaram a esta conclusão são resultados de uma alimentação irregular com mudanças de horário, associados a falta de exercícios físicos e o consumo. Este resultado foi constatado por pesquisa de campo na referida unidade de saúde. Vale ressaltar que os clientes estudados, equipararam-se a grupos estudados em outras pesquisas realizadas pelo mundo, como exemplo: o alto consumo de comidas ricas em carboidrato, gorduras e sódio. Entretanto, quando se trata do grau de escolaridade, a pesquisa se mostra contrária aos artigos consultados, pois o grau de escolaridade de pessoas com obesidade demonstrado é de uma porcentagem superior em nível médio e superior do que os de nível fundamental ou sem escolaridade. Já nas pesquisas bibliográficas examinadas, os autores relatam um crescente aumento da doença em pessoas com grau de escolaridade baixo.

Portanto, a pesquisa realizada respondeu aos objetivos levantados para elaboração do trabalho, demonstrando a prevalência de obesidade em adultos de ambos os sexos, e doenças correlacionadas, podendo ajudar na elaboração de políticas públicas voltadas para o atendimento e orientações da equipe de saúde, dentro do município de Itaituba-PA, para o paciente obeso.

REFERENCIAS

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social**. Ano 2016. Disponível em: <bolsafamilia.datasus.gov.br/> Acesso em: 14 abr. 2016.

COSTA, A. C. C.; IVO, M. L.; CANTERO, W. B.; TOGNINI, J. R. F. **Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica**.

CRISTÓVÃO, M. F.; SATO, A. P. S. i.; FUJIMORI, E. **Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Universidade da Estratégia Saúde da Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, V.45, nº2, p.1667 – 1672, 2011.

dab.saude.gov.br/e-sus/ acesso em 14/12/2015.
dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/ acesso em 14/12/2015.

GIGANTE, D. P.; FRANÇA, G. V. A.; SARDINHA, L. M. V.; ISER, B. P. M.; MELENDEZ, G. V. **Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14, nº.1, p. 101-120, 2011.

GOMES, F.; TELO, D. F.; SOUZA H. P.; NICOLAU, J. C.; HAPLERN, A.; SERRANO JUNIOR, C. V. **Obesidade e Doenças Arterial Coronarianas: Papel da Inflamação Vascular**, São Paulo, 2009.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. **Uma Abordagem epidemiológica da obesidade**. Revista Nutrição. , Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, Dezembro de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 27 de jun. de 2016.

BRASIL, Ministerio da Saúde. Ano 2016. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>, Acesso em: 25 nov. 2015.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. N. **Políticas de nutrição para o controle da obesidade infantil**, Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, 2011.

RIBEIRO, R. P.; RIBEIRO, P. H. V.; MARZIALE M. H. P.; MARTINS, M. B.; SANTOS, M. R. **Obesidade e estresse entre trabalhadores de diversos setores de produção: uma revisão integrativa**. Londrina, 2011.

RUIZ, J. Á. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SCHMIDT, Maria Inês; citado por DUNCAN B. B.;

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. **Obesidade e qualidade de vida: Revisão da Literatura**. Gerais, 2010.

VIGITEL BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília – DF, 2012. Disponível em: <www.abeso.org.br/uploads/downloads/74/553a2473e1673.pdf> Acesso em: 26/09/2015.

VITOLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento.** Rio de Janeiro – RJ: Cultrix/ Rubio 2012.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Controle do Peso Corporal – Composição Corporal Atividade Física e Nutrição.** Rio de Janeiro – RJ: Shape, 2003.

JUNIOR, J. D.; PEDROSA, R. G.; RIBEIRO, S. M. L.; LEAL, F. L. T.; in TIRAPEGUI Julio. (Org) **Nutrição Fundamentos e Aspectos Atuais**, São Paulo: Editora Athenu , 2013.

CAMPOS. A.; PRATES, R. P. T.; RIBEIRO, MORENO. F. S.; in TIRAPEGUI Julio. (Org) **Nutrição Fundamentos e Aspectos Atuais**, São Paulo: Editora Athenu , 2013.

VIGITEL BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília – DF, 2012. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/...por.../2015_vigitel.pdf> Acesso em: 25/05/2016.

ANEXO



**Centro de Estudo Superior de Itaituba S/C Ltda.
Faculdade de Itaituba – FAI**

ANEXO I

Questionário: Padrão antropométrico e consumo alimentar em uma amostra com pessoas adultas.

Responda o questionário abaixo marcando apenas uma alternativa por questão.

A- Identificação:

1- Idade _____ **anos** **2-Sexo:** () masculino () feminino

3-Grau de Escolaridade? _____

B-Alimentação:

4- Com que frequência você realizou cada uma das refeições abaixo:

Café da manhã	() Nenhuma	() Até 2x na semana	() De 3 a 6 x na semana	() Todos os dias
Lanche da manhã	() Nenhuma	() Até 2x na semana	() De 3 a 6 x na semana	() Todos os dias
Almoço	() Nenhuma	() Até 2x na semana	() De 3 a 6 x na semana	() Todos os dias
Lanche da tarde	() Nenhuma	() Até 2x na semana	() De 3 a 6 x na semana	() Todos os dias
Jantar	() Nenhuma	() Até 2x na semana	() De 3 a 6 x na semana	() Todos os dias
Lanche da noite	() Nenhuma	() Até 2x na semana	() De 3 a 6 x na semana	() Todos os dias

5-Com que frequência por semana você consumiu cada um dos alimentos abaixo?

Carne de boi	() nenhuma	() 1 a 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() 5 a 7 vezes
Frango	() nenhuma	() 1 a 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() 5 a 7 vezes
Peixe	() nenhuma	() 1 a 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() 5 a 7 vezes
Frutas	() nenhuma	() 1 a 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() 5 a 7 vezes
Hortaliças	() nenhuma	() 1 a 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() 5 a 7 vezes
Refrigerantes	() nenhuma	() 1 a 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() 5 a 7 vezes

6-Você acha que come

() Em excesso () Muito () Normal () Pouco () Muito Pouco

7-Você pratica algum tipo de atividade física?

() sim () não Qual? _____ Frequência ____ por semana

8-Você possui alguma doença crônica?

() sim () não Qual? _____

09- Qual seu peso atual? _____

10- Qual sua altura atual? _____

11- Qual sua Circunferência da Cintura atual (CC)? _____

12- Qual sua Relação Circunferência Cintura Quadril atual (RCQ)? _____



**Centro de Estudo Superior de Itaituba S/C Ltda.
Faculdade de Itaituba – FAI**

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EM UM MÊS NA UBS EDSON BOTELHO EM ITAITUBA/PA: tem por objetivo verificar o percentual da prevalência de obesidade em pacientes adultos, descrever percentual da obesidade por grupo de adultos masculino e feminino e analisar as principais doenças causadas pela prevalência da obesidade em pacientes adultos na UBS Edson Botelho, justifica-se pelo aumento da prevalência da obesidade em todo mundo e principalmente no município de Itaituba/PA.

A sua participação nesse estudo consiste em responder um questionário. Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar o pesquisador principal desta pesquisa, FRANCINALDO PEREIRA DOS SANTOS pelo telefone (93)991344010 ou pelo francinaldo-santos@hotmail.com, assim como sua orientadora, Cristhianny Almeida e Silva, ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantida a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar. Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento o pesquisador: FRANCINALDO PEREIRA DOS SANTOS pelo telefone (93)991344010 ou pelo francinaldo-santos@hotmail.com, assim como sua orientadora, Cristhianny Almeida e Silva, ou ainda com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93)3512-8013.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, _____ de _____ 20____.

Participante

Pesquisador