

1 INTRODUÇÃO

O sobrepeso/obesidade se apresenta como sendo um grande problema de saúde pública, e vem se tornando uma epidemia mundial. A obesidade (Índice de Massa Corpórea ≥ 30 Kg/m²), um excesso de gordura corporal relacionado à massa magra, e o sobrepeso (Índice de Massa Corpórea ≥ 25 Kg/m²), uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura. A obesidade pode ser considerada uma doença crônica que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, ou seja, se consome mais do que se gasta, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Há constatações que o perfil nutricional do brasileiro mudou nos últimos anos. Anteriormente o país se preocupava com os altos índices de déficit de peso, que eram alarmantes. Hoje a preocupação é outra. A prevalência de sobrepeso e obesidade cresceu de forma abrupta nos últimos 30 anos, e passaram a fazer parte, no cenário epidemiológico, do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destacando a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo. Associado ao sedentarismo, o modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar, não favorável à saúde da população, fazendo-se necessário uma abordagem integral e humanizada do paciente com excesso de peso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis, a fim de incluir nas rotinas dos serviços de saúde da atenção primária a abordagem nutricional e de abolição ao sedentarismo como uma prática efetiva e cotidiana. Sendo necessária uma atuação emergente da atenção primária (BRASIL, 2006).

Segundo o relatório final da COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (CNDSS, 2008), em 2003 o excesso de peso atingia, em média, quatro em cada dez brasileiros adultos. Considerando brasileiros com mais de 20 anos de idade, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE 2002 apud CNDSS, 2008, p.53) estima-se que haja 38,8 milhões de pessoas (40,6%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são considerados obesos.

A presença de sobrepeso/obesidade contribui para o surgimento de várias doenças crônicas e incapacidades, incluindo desde condições debilitantes que afetam a qualidade de

vida, tais como: osteoartrite, problemas respiratórios, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele, infertilidade, hipertensão arterial, aterosclerose, baixa autoestima, até condições graves como doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Neste cenário situamos a Unidade de Saúde da Família Elma Menechino Saksida, do município de Fama – MG. Foi inaugurada em Agosto de 2008, é responsável pelo atendimento de todo o município que conta com uma população adscrita com cerca de 2500 pessoas e 715 famílias, dados do SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB Municipal de 2010. Durante a realização do Diagnóstico Situacional do município, realizado pela Equipe de Saúde da Família em Novembro de 2009, como parte da disciplina de *Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde* do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi levantado, pela equipe, como um dos principais problemas enfrentados pela comunidade, o alto número de pessoas com sobrepeso/obesidade na população adscrita.

Devido à observação durante a realização das atividades diárias, de vários usuários apresentando-se com algum destes distúrbios (sobrepeso/obesidade), o que é bastante preocupante, e do Diagnóstico Municipal de Saúde realizado em 2009, que teve esta questão como um dos principais problemas levantados na comunidade, surgiu a idéia de estudar os dados já disponíveis na Unidade de Saúde, para quantificar o percentual de usuários com sobrepeso/obesidade e, a partir daí, elaborar propostas de intervenção para estes usuários.

Este trabalho foi dividido em três seções. Na primeira foi realizada uma revisão de literatura sobre a temática sobrepeso/obesidade; na segunda uma abordagem sobre o levantamento de dados de sobrepeso/obesidade através do SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - SISVAN no município de Fama-MG, nos pacientes/clientes atendidos pela Unidade de Saúde e que tiveram seus dados antropométricos anotados de agosto de 2008 a dezembro de 2009. Na terceira seção foram dispostas propostas de intervenção para o atendimento das pessoas com sobrepeso/obesidade.

2 OBJETIVO

Identificar as faixas etárias da população, atendidas na Unidade de Saúde da Família de Fama-MG, mais afetadas pelo sobrepeso/obesidade, e elaborar propostas de intervenção para o atendimento da mesma.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste trabalho, inicialmente, foi feita uma pesquisa bibliográfica narrativa dos principais estudos da literatura sobre o assunto, tendo como interesse identificar o estado da arte, relacionado ao SOBREPESO/OBESIDADE. A coleta de dados foi realizada durante os meses de novembro de 2010 a fevereiro de 2011, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), utilizando os descritores SOBREPESO, OBESIDADE e PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. O material didático disponibilizado pelo CEABSF, as Linhas Guias da Atenção Básica de Saúde, manuais do Ministério da Saúde, artigos científicos e textos de livros especializados foram fundamentais nesta etapa. As bases de dados consideradas foram Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library on Line) e Medline (Literatura Internacional em Ciência da Saúde). Os artigos selecionados abordaram o tema relacionado aos objetivos deste estudo. Após o levantamento bibliográfico, foram excluídos os artigos repetidos e posteriormente realizada a leitura dos resumos dos artigos e descartados os que não se encaixavam no tema proposto.

Foram estudados e incluídos os trabalhos e publicações científicas em português relevantes sobre o tema. Primeiramente foram estudados todos os materiais e posteriormente confeccionado o conteúdo teórico.

No de mês de agosto de 2010, já havia sido feito um levantamento dos dados referentes ao SISVAN do município de Fama, de medições antropométricas realizadas de agosto de 2008 a dezembro de 2009. Foram excluídos critérios como raça, nível social, sexo e nível de educação. Foi avaliada a proporção da parcela da comunidade que é atendida pela Unidade de Saúde da Família, e que tiveram seus dados antropométricos anotados neste sistema. Este levantamento serviu para quantificar quais grupos etário, atendidos pela Equipe de Saúde da Família de Fama, se concentra a maior parcela da população com sobrepeso/obesidade.

Após estratificação da comunidade com maior proporção de sobrepeso/obesidade, e levantamento bibliográfico, foram elaboradas propostas de intervenção para o atendimento de pessoas com sobrepeso/obesidade, visando contribuir com a redução/manutenção do peso do cliente/paciente, a fim de que este apresente uma melhor qualidade de vida e haja uma redução dos riscos de desenvolver complicações decorrentes do excesso de peso.

4 SEÇÃO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ENTENDENDO A OBESIDADE

Obesidade, *nediez* ou *pimelose* (tecnicamente, do grego *pimelē* = gordura e *ose* = processo mórbido) é uma doença crônica multifatorial, na qual a reserva natural de gordura aumenta até o ponto em que passa a estar associada a certos problemas de saúde ou ao aumento da taxa de mortalidade. É resultado do balanço energético positivo, ou seja, a ingestão alimentar é superior ao gasto energético (WIKIPÉDIA, 2011).

No ser humano, entorno dos dois anos e meio de idade é definido o número de células gordurosas, portanto, é preciso que as pessoas fiquem alertas quanto a isto. Pois uma criança com excesso de peso possui um maior número de células gordurosas que uma criança com peso normal e, na fase adulta, aquele que tiver um maior número de células gordurosas terá maior dificuldade em se manter magro, pois essas células, por serem numerosas, deverão conter pouca gordura dentro delas (ALVES, 2001).

Marcos históricos revelam que a obesidade é a doença metabólica humana mais antiga. Desde a pré-história a obesidade assume um papel preponderante na vida dos seres humanos, sendo referida como símbolo de beleza, e fertilidade, até a época do Império Romano, quando os padrões de beleza alteraram-se e as mulheres foram obrigadas a fazer prolongados jejuns, pois se passou a apreciar corpos esbeltos e magros. Na Grécia antiga Hipócrates já chamava à atenção para os perigos da obesidade, identificando-se um índice de mortalidade mais elevado em indivíduos gordos do que em magros. Galeno, discípulo de Hipócrates, se dedicou a estudar a obesidade dividindo-a em obesidade natural (moderada) e a obesidade mórbida (exagerada) (CUNHA; NETO; CUNHA JÚNIOR, 2006).

Como indicador mais utilizado, nos estudos epidemiológicos para se identificar o excesso de peso, temos o Índice de Massa Corpórea (IMC). Ele não mede diretamente a proporção de gordura no corpo, mas é a medida de escolha para estimar a prevalência de obesidade em estudos populacionais por ser de uso fácil, prático, simples, reprodutível, com valor diagnóstico e prognóstico. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) faz recomendações de pontos de corte para definir sobrepeso e obesidade com base em estudos que evidenciaram aumento intenso de mortalidade associado a altos valores de IMC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

De acordo com Anjos (1992), o IMC é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. Este índice é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em quilograma por metro quadrado (Kg/m^2).

Desde 1997, a obesidade vem sendo reconhecida pela OMS como doença universal com importantes repercussões para a saúde pública. Ela é de elevada prevalência em países desenvolvidos como Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos. A obesidade também vem apresentando índices crescentes em países em desenvolvimento. Assim, considerando-se como nível crítico para obesidade o IMC de 30 kg/m^2 , verificou-se que no Brasil, classificado com nível intermediário de riqueza, a prevalência da obesidade mostrou-se elevada entre as mulheres (13,3% entre as mulheres e 5,9% entre os homens). A comparação dos dados obtidos em três diferentes inquéritos de abrangência nacional, realizados em 1975, 1989 e 1996, evidencia o acelerado aumento da obesidade no Brasil, no período mais recente. Dessa forma, a prevalência da obesidade entre as mulheres que era de 4,4% em 1975 aumentou para 10,1%, em 1996. Entre os homens a prevalência da obesidade entre o período de 1975 e 1989 aumentou de 3,3% para 5,9% (ZANELLA, 1999).

Dados de estudos mais recentes foram lançados em 2010, pelo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). Este estudo demonstra que houve um aumento na frequência de excesso de peso de 46,6%, sendo maior entre homens (51,0%) do que entre mulheres (42,3%). Sendo que a frequência dessa condição tende a aumentar com a idade, em ambos os sexos. O aumento é maior entre as faixas etárias 18-24 e 35-44 anos para os homens e entre as faixas etárias 18-24 e 45-54 anos para as mulheres, onde se observa que a frequência do excesso de peso quase duplicada. A incidência de adultos obesos foi de 13,9%. No sexo masculino, a frequência da obesidade quase triplica dos 18-24 aos 55-64 anos de idade, caindo entre aqueles com 65 ou mais anos de idade. Entre as mulheres, a frequência da obesidade mais do que triplica entre 18-24 e 55-64 anos, declinando apenas ligeiramente entre aquelas com 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com dados da VIGITEL, se comparando o estudo de 2007 com o de 2009, demonstrou que ocorreu aumento na prevalência de excesso de peso na população de 43,4% para 46,6%, respectivamente. A maior variação foi verificada entre as mulheres: 37,8% e 42,3% em 2007 e 2009, respectivamente. Os indivíduos do sexo masculino, por sua vez, apresentam prevalência de excesso de peso maior que as mulheres, tanto em 2007 (49,2%) quanto em 2009 (51%). O percentual de obesos, em ambos os sexos no Brasil, variou de 12,7% para 13,9% no período (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

4.2 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Em se tratando de excesso de peso não se pode deixar de falar da transição nutricional que vem acontecendo em nosso país. Este processo consiste na substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos, muito comuns no cardápio dos brasileiros, por uma alimentação mais rica em gorduras (especialmente hidrogenadas) e açúcares, além da crescente ingestão de ingredientes químicos, que se dá em substituição àquela dieta costumeira dos brasileiros. O processo de transição nutricional no Brasil é marcado pela sobreposição de padrões, pela temporalidade indefinida e, sobretudo, pelas desigualdades de acordo com a estratificação socioeconômica (CNDSS, 2008).

Para Popkin et al. (1993), a transição nutricional corresponde às mudanças dos padrões nutricionais, modificando a dieta das pessoas e se correlacionando com mudanças sociais, econômicas, demográficas e relacionadas à saúde. Aspectos diferentes de nutrição e economia de um país ou região podem determinar diferenças no processo de transição. Entretanto, a característica básica, no caso do Brasil, foi o crescimento da dieta rica em gorduras, açúcares, alimentos refinados e redução em carboidratos complexos e fibras.

Com a mudança nos padrões alimentares vem aumentando o risco de sobrepeso e obesidade, condições que contribuem de forma importante para o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades, incluindo desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves como doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer (CNDSS, 2008). Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA, 2006), o sobrepeso e a obesidade são a segunda causa evitável de câncer, atrás apenas do tabagismo.

De acordo com Monteiro; Mondini e Costa (2000), os países do hemisfério norte, experimentaram, após a Segunda Guerra Mundial, mudanças no perfil epidemiológico, com aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e obesidade), o que propiciou a ampliação das correlações causais com a alimentação, redução da atividade física e outros aspectos vinculados à vida urbana. Atualmente, estas doenças também são entendidas como problema de saúde pública nos países do hemisfério sul.

Para entender melhor como se dá o processo de transição nutricional no Brasil, precisamos entender um pouco como se deu sua história a partir da década de 30. Onde se inicia o processo de industrialização, na economia brasileira, com um significativo desenvolvimento da mesma a partir dos anos 50, e onde somente a partir da década de 70 se verificou crescimento expressivo da indústria de bens duráveis, em conjunto com o progressivo processo de industrialização do setor primário e aumento significativo, em diversidade e volume, na produção de bens de consumo não duráveis (SINGER, 1979).

Este processo de industrialização expandiu a migração interna, de acordo com Patarra (2000) passamos de uma sociedade essencialmente rural (66%), nos anos 50, para um país extremamente urbano, com mais de 80% das pessoas vivendo nas cidades (IBGE, 2000; apud TARDIO; FALCÃO, 2006, p. 120). Com este deslocamento, os dados de sobrepeso e obesidade na população brasileira vêm se mostrando crescentes entre as décadas de 70 e 90. Segundo análises comparativas entre vários inquéritos antropométricos nacionais, com aumento da prevalência, chegando em 1997 a ser o dobro da de 1975 (MENDONÇA; ANJOS, 2004). As alterações na estrutura da dieta, associadas a mudanças econômicas, sociais e demográficas e suas repercussões na saúde populacional, vêm sendo observadas em diversos países em desenvolvimento (POPKIN, 2001).

Com a urbanização houve uma mudança nos padrões de vida e comportamentos alimentares das populações. Em países em desenvolvimento, o tipo de alimento consumido na zona rural é diferente daqueles consumido na zona urbana, numa relação diretamente proporcional ao poder aquisitivo ou ao nível socioeconômico. Estudos demonstram que a população urbana de baixa renda apresenta uma ingestão calórica inferior, se comparada à população rural, apesar de a primeira consumir proporcionalmente mais proteína e gordura animal do que a segunda. A população urbana consome maior quantidade de alimentos processados, em relação à população rural, onde a ingestão de cereais, raízes e tubérculos é mais elevada (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Com relação ao desempenho reprodutivo houve queda drástica da fecundidade, passando de um quadro em que as mães tinham um padrão modal de 6 a 8 filhos, para em média 2,3 filhos para cada mulher. A mortalidade infantil também caiu substancialmente, declinando, segundo Castro (1992), de patamares acima de 300 óbitos por mil nascidos vivos em várias regiões na década de 40, para níveis nacionais médios de 30 por mil nascimentos (IBGE, 2002; apud BATISTA FILHO; RISSIN, 2003, p. S182). Em decorrência da nova equação demográfica (baixa fecundidade e reduzida mortalidade infantil e pré-escolar) a vida

média elevou-se, resultando numa expectativa de sobrevivência de 67 anos (IBGE, 2000; apud TARDIO; FALCÃO, 2006). Com isto também vem aumentando os casos de doenças crônicas não transmissíveis, que já respondem por dois terços de todas as doenças, contribuindo, devido à transição nutricional, para o aumento do número de pessoas apresentando excesso de peso.

Apesar de toda esta mudança, não houve aumentos históricos da renda nominal, sobretudo na década de 70, por consequência da diminuição em mais de 50% do tamanho da família economicamente dependente e da participação crescente da mulher no mercado de trabalho. Aumentando o poder de compra da população e contribuindo para transição da nutrição (PATARRA, 2000; Yunes, 2000).

Voltando ao padrão alimentar, segundo French; Story e Jeffery (2001), o aumento da ingestão energética pode ser decorrente tanto de elevação quantitativa do consumo de alimentos como de mudanças na dieta que se caracterizam pela ingestão de alimentos com maior densidade energética, ou pela combinação dos dois, levando à alteração na dieta e elevação do peso. O que se percebe é um aumento do tamanho das porções, que são cada vez mais calóricas. Também o processo de industrialização dos alimentos tem sido apontado como um dos principais responsáveis pelo crescimento energético da dieta da maioria das populações do Ocidente.

Análises empreendidas com base em dados de pesquisas apontam tendência de crescimento na aquisição de alimentos ricos em lipídios e em carboidratos simples, acompanhada da redução na aquisição de alimentos fonte de carboidratos complexos. Fica mais barato e mais prático comprar o alimento já pronto ou semi-pronto. Este quadro configura-se por conta do aumento no consumo de carnes, leite e seus derivados, de açúcar e refrigerantes e do declínio de leguminosas, hortaliças e frutas (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Segundo Tardio e Falcão (2006), as mudanças verificadas pelas pesquisas de orçamento familiares indicam incremento na aquisição de produtos industrializados e redução de alimentos *in natura* por parte das famílias, pois as carnes, especialmente o frango, e os laticínios têm tido uma enorme ampliação na oferta de produtos processados e os refrigerantes constituem em si, a representação máxima da industrialização. Castro e Peliano (1985) apontam que o preço, paladar e nutrição aparecem como critérios de decisão para a inclusão de alimentos no cardápio, sempre intermediados por um filtro cultural. Hoje, nos supermercados da maioria das cidades brasileiras, é possível adquirir alimentos resfriados,

congelados, temperados, preparados, empanados, recheados, etc., onde a maior parte dos produtos tem como indicação de cozimento a fritura, que aumenta significativamente a quantidade de gordura saturada. Dessa forma, o aumento da concentração energética pode-se dar por recheios, molhos e temperos acrescentados aos produtos e pelo modo de preparo. Cyrillo; Saes e Braga (1997) destacam o crescimento acentuado na comercialização de mistura para bolo, iogurte, queijos *petit suisse*, sobremesas prontas geleificadas, suco de frutas concentrado ou pronto para o consumo, na maioria das vezes adoçado.

Como já foi dito, no setor industrial agroalimentar brasileiro, as mudanças se iniciaram nos anos 70 e se consolidaram nos anos 80, potencializando um mercado urbano jovem, que pode ser exemplificado pelo crescimento das despesas com alimentação fora de casa, particularmente em restaurantes do tipo *fast food* e com a alimentação em locais de trabalho ou em bares e restaurantes com utilização de vale-refeição (BURLANDY; ANJOS, 2001).

A introdução desses hábitos importados, além de comprometer o padrão tradicional alimentar no país, faz com que ele seja alterado com substituição de refeições. Para Mendonça e Anjos (2004), vários são os fatores associados à dieta que contribuem para o aumento de sobrepeso e obesidade dos brasileiros, por acarretarem mudanças importantes nos padrões alimentares: 1) migração interna; 2) alimentação fora de casa; 3) crescimento na oferta de refeições rápidas; 4) ampliação do uso de alimentos industrializados e processados. Estes aspectos vinculam-se diretamente à renda das famílias e às possibilidades de gasto com alimentação, em particular, associado ao valor sociocultural que os alimentos representam em cada grupo social. Observou-se uma redução da energia diária *per capita* disponível entre os dois levantamentos do IBGE 1988 e 1996, quando o valor energético passou de 1919 quilocalorias (Kcal) para 1711,2 Kcal/dia nas regiões metropolitanas brasileiras (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Segundo Mondini e Monterio (1998), entre 1962 e 1988 o consumo de margarina no Brasil subiu de 0,4 para 2,5% do total de calorias. Houve um incremento da densidade energética, favorecido pelo maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras. A crescente substituição dos alimentos *in natura* ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados, compõem um dos principais fatores etiológicos da obesidade.

Ainda temos como agravante a falta de tempo para o preparo das refeições em casa, e a crescente preocupação com a saúde e qualidade de vida, que motiva essa situação. Os grandes centros urbanos estão seguindo as mesmas tendências de países industrializados, diversificando sua cesta alimentar e preferindo alimentos semi-prontos a produtos que exijam

tempo e trabalho para o preparo. Além do mais, do ponto de vista cultural, há substituição crescente da refeição familiar, mais completa e balanceada, pelo “*fast food*” das ruas caracterizada mais pelo sabor (adocicado e gorduroso) que pela qualidade dos seus constituintes, com determinante incentivo da mídia (muito comercial e pouco científica). Essa posição da mídia vem confundindo o comportamento nutricional, principalmente dos adolescentes e jovens, aumentando o consumo de ácidos graxos saturados, açúcares e refrigerantes, em detrimento da redução do consumo de carboidratos complexos, frutas e hortaliças, nas regiões metropolitanas do Brasil (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

A modificação do padrão alimentar das regiões metropolitanas baseou-se em:

- 1) redução do consumo de cereais, feijão, frutas, raízes e tubérculos;
- 2) aumento do consumo de ovos, leite e derivados;
- 3) substituição do consumo de banha, toucinho e manteiga por margarina e óleos vegetais;
- 4) utilização da soja e seus derivados (óleo, margarina, queijo, etc.);
- 5) relativo aumento do consumo de carnes, principalmente frango (MONTEIRO; CONDE, 1999).

Embora sejam alimentos potencialmente causadores de obesidade, esses produtos surgem nas propagandas associados à saúde, beleza, bem estar, juventude, energia e prazer. Portanto, brasileiros nascidos após os anos 80 estão sendo mais expostos aos efeitos nocivos da transição nutricional. Por isso, tem maior chance de apresentar doenças associadas à obesidade e ao sedentarismo, como hipertensão, diabetes, infarto, acidente vascular cerebral, câncer de intestino e mama. Além disso, hábitos e práticas alimentares são construídos com base em determinações socioculturais e que no mundo contemporâneo, a mídia desempenha papel estruturador na construção e desconstrução de procedimentos alimentares. Deve-se ainda acrescentar que a televisão contribui para a delimitação do estilo de vida ocidental mediante ampliação do incentivo ao consumo difundido pelo marketing (FRENCH; STORY; JEFFERY, 2001).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2000), os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas exercem influência sobre o balanço energético, sendo considerados os principais fatores, passíveis de modificação, determinantes da obesidade. Dietas com alta densidade energética, associadas a um estilo de vida sedentário, são apontadas como os principais fatores etiológicos do aumento da prevalência da obesidade no mundo.

“O gasto energético, a outra parcela da equação de balanço energético, é resultado de: taxa metabólica basal (TMB), que é o gasto para manter em funcionamento as atividades vitais do organismo”; ação dinâmica específica dos alimentos, que corresponde ao gasto energético necessário para a digestão, absorção e utilização dos alimentos; atividade física, que pode ser entendida como qualquer movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética que implique em gasto energético. A atividade física, então, compreende uma gama de dimensões que incluem todas as atividades voluntárias, como as ocupacionais, de lazer, domésticas e de deslocamento (VISSCHER; SEIDELL, 2001).

As mudanças nas ocupações com redução do esforço físico, alterações nas atividades de lazer, que passam de atividades com gasto acentuado, como atividades esportivas, por horas diante da televisão ou dos computadores, e uso crescente de equipamentos domésticos com redução do gasto energético da atividade, como, por exemplo, o uso de máquinas de lavar, vem contribuindo para a redução do nível de atividade física e aumento da prevalência da obesidade. Estudos realizados em 1998 e 2001, no Rio de Janeiro, mostram que mulheres e indivíduos de baixa escolaridade tendem a se exercitar com menos frequência. Estes estudos também demonstraram que o número de horas gastas, entre adolescentes do sexo masculino, com televisão/videogame associa-se com a elevação do IMC (FONSECA; SICHIERI; VEIGA, 1998).

Os indicadores mostram aumento da participação feminina no mercado de trabalho nas últimas décadas, principalmente para as de estratos socioeconômicos mais altos, no entanto, essas atividades são consideradas como leves do ponto de vista de gasto energético. Retomando aspectos vinculados ao desenvolvimento da economia no Brasil, a aquisição de bens de consumo duráveis por parte da população contribuiu para mudanças no padrão de atividade física, a saber: 1) diminuição do esforço com o trabalho doméstico pelo uso de equipamentos para a execução das tarefas; 2) o crescente uso da televisão como principal meio de lazer; 3) o uso de veículo automotivo para o deslocamento. Com relação ao hábito de assistir à televisão, existe uma tendência atual de utilizar o tempo em horas diárias diante de uma televisão como indicador de vida sedentária, explicando, dessa maneira, a epidemia da obesidade. De fato, essa variável é de fácil obtenção e tem lógica, do ponto de vista explicativo, ao incorporar um hábito que poderá diminuir a prática esportiva de lazer e aumentar o consumo energético, particularmente em crianças/adolescentes (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

O novo estilo de vida trazido pela industrialização e urbanização resultou no aumento da ingestão de calorias e diminuição da atividade física, estabelecendo o princípio do sobrepeso, ou seja, maior ingestão calórica e menor gasto energético, com acúmulo de gordura. Na população infanto-juvenil, outros fatores agravam o problema, como o desmame precoce e introdução de alimentos altamente calóricos desde o início da vida. Crianças e jovens tem cada vez menos espaços gratuitos para praticar atividades físicas e incorporam formas de lazer sedentárias, como computadores e televisão. As refeições rápidas e fora de casa com refrigerantes, salgadinhos, sanduíches e biscoitos substituíram o arroz, feijão, carne e verdura, até mesmo na merenda escolar. No Brasil a obesidade se destaca como a terceira doença nutricional, ficando atrás apenas da anemia e desnutrição (TARDIO; FALCÃO, 2006).

A cada dia se torna mais evidente o processo de transição nutricional no Brasil. Fato este, confirmado pelo crescente aumento de pessoas com excesso de peso, que procuram os serviços de saúde. Deixamos de lado os alimentos que trazem benefícios a nossa saúde, e nos rendemos aos *fast foods*, refrigerantes, lanchinhos rápidos e alimentos industrializados. Todas estas facilidades e comodidades que a vida globalizada nos proporciona contribuem de forma negativa na saúde dos brasileiros.

5 SEÇÃO 2 – LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE SOBREPESO/OBESIDADE ATRAVÉS DO SISVAN NO MUNICÍPIO DE FAMA-MG

Nos dias 14 e 15 de agosto de 2010, foi realizada uma análise no banco de dados do SISVAN do município de Fama – MG, para levantamento de dados relacionados a medidas antropométricas de pessoas que foram atendidas por este serviço de saúde entre os meses de agosto de 2008 a dezembro de 2009.

Este levantamento de dados buscou identificar quais os grupos de pessoas são mais acometidos pelo sobrepeso e a obesidade, no município, para assim se elaborar propostas de intervenções direcionadas as faixas etárias mais afetadas. Primeiramente levantou-se todas as pessoas atendidas que constavam no banco de dados, do SISVAN municipal, que foi de 864 pessoas, neste período, resultando na seguinte distribuição como pode ser vista na TAB. 1.

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária segundo peso/idade (SISVAN de Agosto de 2008 a Dezembro de 2009, Município de Fama-MG)

FAIXA ETÁRIA	CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO NÍVEL DE PESO	NÚMERO DE PESSOAS
Menor de 1 ano	Baixo peso	00
	Risco nutricional	04
	Adequado	20
	Sobrepeso	00
1 a 4 anos	Baixo peso	07
	Risco nutricional	17
	Adequado	169
	Sobrepeso	05
5 a 9 anos	Baixo peso	01
	Risco nutricional	16
	Adequado	200
	Sobrepeso	32
10 a 19 anos	Baixo peso	03
	Risco nutricional	03
	Adequado	106
	Sobrepeso	14
	Obeso	01
20 a 59 anos	Baixo peso	03
	Risco nutricional	02
	Adequado	104
	Sobrepeso	64
	Obeso	60
60 anos e mais	Baixo peso	02
	Risco nutricional	00
	Adequado	04
	Sobrepeso	07
	Obeso	20

Fonte: SISVAN de Fama – MG consulta em junho de 2010.

Tabela 1 demonstra como foram divididos as faixas etárias, e o número de pessoas que se enquadravam, através dos dados antropométricos (de acordo com a classificação National Center of Health Statistics - NCHS de peso/idade e altura/idade para menores de 10 anos, e IMC para pessoas acima de 10 anos), como sendo de baixo peso, risco nutricional, peso adequado, sobrepeso e obeso.

A partir deste levantamento foi criado um gráfico que demonstra a distribuição da classificação de peso por faixa etária (GRAF. 1)

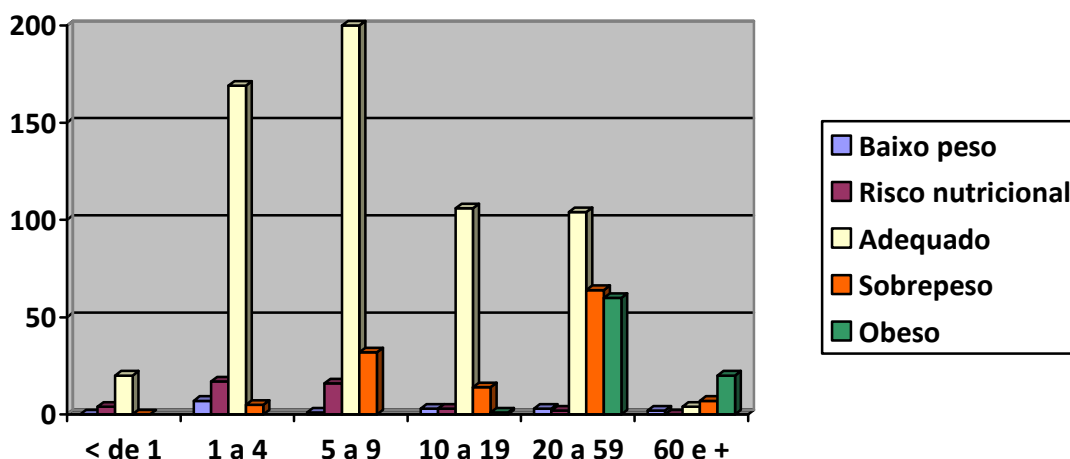


GRÁFICO 1 - Classificação de peso por faixa etária (SISVAN de Fama – MG, Agosto de 2008 a Dezembro de 2009)

Dando continuidade ao levantamento dos dados, procurou-se identificar quais faixas etárias se apresentavam com maior proporção de problemas de sobrepeso e obesidade TAB. 2.

Tabela 2 - Percentual de Sobrepeso/obesidade por faixa etária

Idade	Total de pessoas	Nº de pessoas com sobrepeso/obesidade	% de pessoas com sobrepeso/obesidade
Menor de 1 ano	24	0	0,00
1 a 4 anos	198	5	2,52
5 a 9 anos	249	32	12,85
10 a 19 anos	127	15	11,82
20 a 59 anos	233	124	53,20
60 anos e mais	33	27	81,82
Total	864	203	

Fonte: SISVAN de Fama – MG consulta em junho de 2010.

Como pode ser observado na Tabela 2, o maior número de pessoas com sobrepeso/obesidade se concentra na faixa etária de 20 a 59 anos (124 pessoas) com 53,20%

do total de pessoas nesta faixa etária, e na faixa etária de 60 anos e mais (27) com 81,82% dos idosos apresentando sobrepeso/obesidade, sendo o grupo que mais apresentou este problema de saúde.

Em virtude deste levantamento de dados e sabendo-se da importância do controle de peso para estes grupos etários, optou-se por propor medidas de intervenção de atendimento à pessoa com sobrepeso/obesidade para adultos com mais de vinte anos e idosos. Não que pessoas abaixo desta faixa etária desmereçam atendimento relacionado ao excesso de peso, até mesmo porque elas serão prováveis futuras pessoas com sobrepeso/obesidade, se não houver controle, mas sim por este alto número de pessoas afetadas, enquanto que, ainda se pode trabalhar na forma prevenção com crianças e adolescentes, para que não venham a se tornar um adulto com sobrepeso/obesidade.

6 SEÇÃO 3 – SOBREPESO E OBESIDADE: PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

De acordo com a WHO (1998), para a pessoa com sobrepeso/obesidade é proposta a redução moderada na ingestão de energia como estratégia para redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e as mudanças nos hábitos cotidianos.

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

Segundo a OMS (1998), a terapia medicamentosa deve ser utilizada somente em "pacientes obesos de alto risco", sob estrita supervisão médica e de acordo com avaliação permanente dos efeitos obtidos, nos usuários em quem as mudanças na dieta e o incremento na atividade física não foram capazes de surtir efeito de redução da massa corporal.

Já a cirurgia gástrica (gastroplastia), só é indicada a sujeitos com obesidade severa (IMC acima de 35) com comorbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemias, ou muito severa (IMC acima de 40), e que, além disso, tenham passado por tratamento dietoterápico e medicamentoso sem sucesso, apresentando outras doenças associadas que representem ameaça à vida (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, 2003; MENDONÇA, 2005).

Portanto devemos concentrar nossas ações na promoção da alimentação saudável e da atividade física. Estas medidas podem ser tomadas de forma diferente dependendo da fase do curso da vida - crianças, escolares, adolescentes, homens, mulheres, gestantes e idosos. As práticas alimentares e as modalidades de atividade física diferem segundo o sexo, o nível de renda, a cultura, a idade, o local de moradia, área urbana ou rural. Por conseguinte, devemos considerar essas diferenças quando nos propomos a atuar de forma interventiva neste processo (BRASIL, 2006).

Sabe-se que o estado nutricional tem uma dimensão biológica referente à relação entre o consumo alimentar e a utilização do alimento, sendo influenciado pelo estado de saúde, mas também tem uma dimensão psicossocial referente às condições de vida, trabalho, renda, acesso a bens e serviços básicos, estrutura e relações intrafamiliares, fatores psicológicos e

culturais. Deste modo, o estado nutricional reflete um processo dinâmico de relações entre fatores de ordem biológica, psíquica e social (BURLANDY, 2004).

Quando se fala do acompanhamento de pessoas com excesso de peso, deve-se ter como meta do acompanhamento a apropriação, pelo usuário, do seu próprio corpo, ou seja, que ele se veja como ele realmente é, do cuidado consigo mesmo, do resgate da sua autoestima e o controle das comorbidades. As mudanças necessárias para esta apropriação, e para a busca de uma vida saudável, podem ser de médio ou longo prazo, ou seja, em prazo maior do que a expectativa (BRASIL, 2006).

Outro ponto a ser levantado é a questão do apoio social, pois há evidências de que este melhora o prognóstico com relação à mudança no estilo de vida. Muitos indivíduos com peso excessivo encontram a motivação e a energia necessárias para manter seus planos de alimentação saudável por meio do apoio de seus "iguais". O apoio do grupo é uma das mais potentes e terapêuticas formas de ajuda, somados ao apoio emocional e social da família, de amigos e de colegas. Grupos de qualidade de vida, de pessoas com excesso de peso, de adolescentes, de idosos, enfim, grupos de convívio, tendem a ser importantes espaços de participação e solidariedade, pois, como se sabe, o isolamento adoece (FELIPE, 2003).

O acompanhamento do excesso de peso com vistas à manutenção do peso saudável, com base na revisão de práticas de saúde e alimentares, como já foi dito, não é de retorno em curto prazo. Faz-se necessário entender que a perda de peso é gradativa. O corpo necessita de um tempo para que se acostume com sua nova condição, pois perdas grandes e abruptas de peso geralmente não são sustentáveis e contribuem para a ocorrência do "efeito sanfona" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Uma pequena redução de peso, como por exemplo, de 1 a 2 quilogramas, em 1 ou 2 meses, já traz ganhos importantes na saúde, e se a redução gradual for se dando ao longo de um tempo maior, uma redução em torno de 5 a 7% do peso inicial reduz a resistência insulínica, melhora o controle da glicemia e dos lipídeos séricos. Quanto a pressão arterial, a cada redução de 1% de peso, em média, há uma queda de 1 mmHg de pressão sistólica e 2 mmHg da diastólica. Deve-se estar atento também para a redução da circunferência abdominal como parâmetro para reduzir o risco cardiovascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; DUARTE, 2005).

Com a redução de peso tem-se a diminuição dos problemas mais comuns, como dores na coluna, no quadril, nos joelhos e nas pernas pela sobrecarga de peso sobre as articulações, melhorando a movimentação da pessoa e facilitando sua prática de atividade física. O usuário

com excesso de peso deve ser estimulado a aceitar as diferenças individuais. Cada corpo, cada metabolismo tem um ritmo próprio. Assim, a perda de peso, as mudanças na alimentação e no estilo de vida acontecem em tempos diferentes para cada pessoa. Romper com a expectativa de resultados imediatos evita frustrações e recidivas (BRASIL, 2006). É fundamental fomentar uma atitude incluyente (RIO DE JANEIRO, 2005).

Como levantado, nos dados sobre o sobrepeso/obesidade do município de Fama-MG, destacaram-se os grupos de 20 a 59 anos e 60 anos e mais, com uma incidência de excesso de peso de 53,2 e 81,8% respectivamente. Seguem proposições acerca de uma dieta adequada, bem como a prática de exercício físico, medidas estas que destaca a WHO 2000, contribuem para redução/manutenção do peso, colaborando desta forma para diminuição de comorbidades relacionadas ao excesso de peso.

6.1 EXCESSO DE PESO E HÁBITOS ALIMENTARES

Antes de iniciarmos a discussão deste tópico, cabe ressaltar um alerta: soluções rápidas de emagrecimento.

Para Abrahão (2000), a perda brusca do peso não é interessante, porque o organismo tem uma “memória” do peso. Ele está “programado” para ter uma quantidade de quilos determinada e, para que se mude essa “programação” é necessário tempo. Do contrário, quando se abandona a dieta, o organismo fará o possível para voltar ao peso que a memória conserva. A perda brusca de peso, não só leva a perda de gordura como também massa muscular (massa magra), fato esse que não é o apropriado.

Muitas pessoas procuram por dietas milagrosas. Porém, dietas que priorizam um nutriente em detrimento de outros, dietas que restringem severamente o consumo energético, bem como os jejuns prolongados, representam também um risco para a saúde. Por não serem elaboradas com um cardápio balanceado, tais dietas, na maioria dos casos, promovem a perda de massa muscular, água, eletrólitos, minerais e perda de peso, porém de pouca gordura, o que não é bom. Além disso, dietas muito restritas são de difícil adesão por um longo período, contribuindo para descontinuidade da mesma (BRASIL, 2006).

Na prática alimentar cotidiana de pessoas com excesso de peso, parece haver uma atração por alimentos com alto teor de gordura e açúcar (salgados, frituras, bolos, doces, etc.),

que são mais saborosos, porém, mais calóricos (engordam mais). Destaca-se que a preferência por açúcar também está ancorada na história do Brasil, como é o caso da cultura canavieira. A sacarose e outros carboidratos agem como sedativos, elevando os níveis de serotonina. Assim, a satisfação associada ao prazer que estes alimentos conferem intensifica a preferência por alimentos doces. Não comemos somente nutrientes, comemos afetos, prazeres, saúde, ansiedades, doces lembranças do passado (BRASIL, 2006).

Dois fatores precisam ser considerados para a manutenção do peso saudável e do balanço energético: o aumento do consumo de alimentos industrializados, que quase sempre são ricos em gorduras hidrogenadas e carboidratos simples (de fácil absorção) e pobres em carboidratos complexos (de difícil absorção), e o declínio do gasto energético associado ao sedentarismo (BRASIL, 2005).

Assim, a reeducação alimentar deve ser gradativa, negociando as substituições alimentares, despertando novos prazeres, sugerindo alimentos, preparações saudáveis, mas também acessíveis, prazerosas e bonitas, considerando os aspectos econômicos, culturais e sensoriais do sabor e da aparência. Para ter uma alimentação saudável deve-se saber equilibrar evitando os exageros e o consumo frequente de alimentos altamente calóricos, sem porém, excluir "coisas gostosas" (Brasil, 2006).

Nem tudo que é gostoso engorda e é caro. Devem-se observar as alternativas, possibilidades, para descobrirmos o quanto uma alimentação rica em alimentos de baixa densidade calórica (frutas, legumes e verduras, leguminosas, cereais integrais, leite e derivados, carnes com pouca gordura) pode ser saborosa, e gastando a mesma coisa (RIO DE JANEIRO, 2005).

A orientação alimentar é ferramenta de grande utilidade tanto para promoção de hábitos alimentares saudáveis quanto para a prevenção e o controle do excesso de peso. As orientações devem ser pautadas na incorporação de uma alimentação saudável e culturalmente aceitável, no resgate e reforço das práticas desejáveis para a manutenção da saúde, em escolhas alimentares com os recursos econômicos disponíveis e alimentos produzidos localmente, levando em conta também a variação sazonal dos mesmos. Deve ser diversificada e equilibrada ao longo do tempo e fornecer todos os componentes necessários ao desenvolvimento e a manutenção do organismo saudável, de forma prazerosa e segura. A energia é necessária para manter o metabolismo, bem como a mastigação adequada, o mecanismo de fome-saciedade, o controle glicêmico e o aproveitamento dos alimentos pelo organismo (BRASIL, 2006).

Hábitos alimentares saudáveis como a ingestão aumentada de frutas, legumes e verduras, têm sido apontados como fatores protetores no desenvolvimento da obesidade. Isto se deve à menor densidade energética desses alimentos e à capacidade que estes alimentos têm de gerar sensação de saciedade (BRASIL, 2005).

Outro ponto a ser observado é a questão da substituição de refeições como o almoço e o jantar por lanches, o que não é recomendado, por não contemplar os diversos nutrientes. Em alguns casos, o lanche pode ser mais calórico e, por conter pouca fibra, sua digestão é mais rápida, diminuindo o tempo de sensação de saciedade (BRASIL, 2006). É possível comer um grande volume de alimentos e ingerir poucas calorias ou comer uma pequena porção de alimentos e ingerir muitas calorias, dependendo da densidade energética de cada alimento. A quantidade de carboidratos, proteínas e gorduras presentes nos alimentos é que determina sua densidade energética (RIO DE JANEIRO, 2005).

Como já dito, a alimentação saudável deve ser equilibrada entre os diferentes grupos de alimentos, variada e colorida. Cada grupo de alimentos fornece nutrientes específicos e essenciais a uma boa manutenção do organismo. Todos os grupos têm a mesma importância. Assim, em cada refeição deve-se procurar contemplar alimentos dos vários grupos, porém a quantidade de porções indicada depende de cada indivíduo. Destaca-se que é recomendado no almoço e no jantar o uso tanto de frutas como de legumes e verduras (BRASIL, 2006).

Uma alimentação monótona (composta diariamente pelos mesmos alimentos) poderá ocasionar a falta ou o excesso de alguns nutrientes, em detrimento de outros, facilitando o aparecimento de doenças carenciais como a anemia ferropriva, a hipovitaminose A ou o bócio, além de outras doenças resultantes do consumo excessivo de alguns nutrientes, como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes e o excesso de peso (RIO DE JANEIRO, 2005).

Segundo o CONSENSO LATINO AMERICANO DE OBESIDADE (1998), apud Abrahão (2000, p. 111), propõe-se uma dieta com a seguinte proporção diária:

- 25 a 27% de gorduras - sendo que deste total, no máximo 30% deve ser saturada.
- 50 a 55% de hidratos de carbono - principalmente os complexos (frutas e vegetais).
- 22 a 25% de proteínas.

6.1.1 Programação alimentar para o emagrecimento

Quando se come pouco e se tem dificuldade para emagrecer, sabe-se que há um gasto metabólico ou gasto energético baixo ou baixo metabolismo. A quantidade de calorias calculadas para uma pessoa com gasto energético baixo, para que haja perda de peso, deverá ser uma ingestão energética diária de 1.000 a 1.200 kcal. Já quando se consome uma quantidade exagerada de calorias, e durante um período de contenção alimentar, perde-se peso rapidamente, este metabolismo consome muita energia. Portanto, deverá realizar uma dieta que contenha entre 1.500 e 1.800 Kcal diariamente para que se consiga reduzir o peso (ABRAHÃO, 2000).

Continuando o autor nos fala que emagrecer não é fechar a boca. A alimentação deve ser voltada para o equilíbrio do metabolismo. Deve ter proporções apropriadas de carboidratos, proteínas e gorduras. O programa ideal deve conter seis refeições diárias, que são: desjejum; colação (lanche matinal); almoço; lanche; jantar; e ceia (lanche noturno). Os horários não precisam ser rigorosos, mas é importante que não se fique mais de quatro horas sem comer, pois parte importante do nosso gasto energético vem da própria metabolização dos alimentos. Quando se dorme logo após o jantar, não é necessário incluir a ceia (ABRAHÃO, 2000).

6.1.2 Grupos alimentares e alimentos equivalentes

Segundo Abrahão (2000), alimentos equivalentes são todos aqueles de um mesmo grupo que se equivalem, ou seja, possuem as mesmas proporções de hidratos de carbono, proteínas e gorduras. O princípio de equivalência é usado para que se possa ter variedade de alimentos e assim, buscar um comportamento alimentar diferente daquele que o levou a engordar. Os alimentos equivalentes oferecem grandes possibilidades de substituições para que se possa elaborar um cardápio mantendo-o sempre atrativo e saboroso. A unidade básica da tabela é chamada “**porção**”, que é a quantidade de cada alimento listado em um grupo.

Exemplo:

Um programa alimentar, onde no almoço se tenha duas porções do grupo 4, então você deve consumir: 2 colheres de arroz (1 porção) + 4 colheres de feijão (1 porção) ou 2 colheres de sopa de macarrão (1 porção) + 1 panqueca (1 porção) ou 2 fatias de pão de forma (2 porções) (1 fatia é igual a 1 porção) (ABRAHÃO, 2000).

Se no almoço se tem também 3 porções do grupo 5, poderá comer além dos alimentos do exemplo anterior: 1 bife de tamanho médio (cada porção corresponde a $\frac{1}{3}$ do bife) ou 1 posta de peixe + 1 ovo ou 2 fatias de queijo (cada porção é igual a 1 fatia) + 2 fatias de presunto e assim por diante.

Observação: Não se podem trocar alimentos de grupos diferentes. Porém, pode-se transferir um determinado alimento de uma refeição para outra, desde que seja mantida, em todas as refeições, pelo menos uma porção dos grupos 3 ou 4, que contém mais carboidratos. Apenas os alimentos do grupo 1 e 8 podem ser consumidos à vontade, mesmo onde eles não aparecerem no programa (ABRAHÃO, 2000).

A seguir serão apresentados os grupos alimentares, os alimentos que o compõem e a medida que corresponde a uma porção, naquele grupo, apresentados nos QUADROS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Quadro 1 - Grupo 1 - Vegetais de baixíssimo teor calórico (podem ser consumidos à vontade)

Alimentos que compõem este grupo			
Abobrinha	Azedinha	Escarola	Rabanete
Acelga	Bertalha	Espinafre	Repolho
Agrião	Brócolis	Maxixe	Salsão
Aipo	Caruru	Nabo	Serralha
Alface	Chicória	Pepino	Taioba
Almeirão	Couve	Pimentão	Tomate

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 116).

Quadro 2 - Grupo 2 - Vegetais de baixo teor calórico (cada porção corresponde a 2 colheres de sopa)

Alimentos que compõem este grupo			
Abóbora	Cebola	Couve-flor	Vagem
Aspargo	Cenoura	Ervilha	
Beringela	Chuchu	Palmito	
Beterraba	Cogumelo	Quiabo	

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 116).

Quadro 3 - Grupo 3 – Frutas

Alimentos	Porções	Alimentos	Porções
Abacaxi	1 rodela pequena	Jambo	4 frutas
Acerola	1 pequena	Kiwi	1 médio
Água de côco	1 copo pequeno	Laranja	1 pequena
Ameixa	2 médias	Lima	1 pequena
Amora	1/2 copo	Maçã	1 média
Banana d'água	1/2 fruta	Mamão	1 fatia pequena
Banana maçã	1 pequena	Manga	1 pequena
Banana ouro	1 pequena	Melancia	1 fatia média
Banana prata	1 pequena	Maracujá	1 pequeno
Cajá-manga	1 pequena	Melão	1 fatia pequena
Caju	1 médio	Morango	10 frutas
Caqui	1 pequeno	Nectarina	1 média
Carambola	1 média	Nêspera	3 pequenas
Cereja	6 frutas	Passa	1 colher de sopa
Damasco	2 médios	Pêra	1 pequena
Figo	1 médio	Pêssego	1 médio
Framboesa	10 frutas	Pitanga	1/2 copo
Fruta-do-conde	1/2 fruta	Romã	1/2 fruta
Grapefruit	1/2 fruta	Tâmara	2 médias
Goiaba	1 pequena	Salada de frutas	3 colheres
Jabuticaba	10 frutas	Tangerina	1 média
Jaca	4 bagos	Uva	10 frutas

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 116).

Quadro 4 - Grupo 4 – Cereais, pães, biscoitos e massas

Alimentos	Porções	Alimentos	Porções
Aipim (mandioca)	1 pedaço médio	Macarrão	2 colheres de sopa
Arroz	2 colheres de sopa	Maisena	1 colher de sopa
Aveia	3 colheres de sopa	Milho verde	4 colheres de sopa
Batata doce	1 pequena	Nhoque	2 colheres de sopa
Batata inglesa	1 média	Panqueca	1 pequena
Biscoito cream craker	2 unidades	Pão de centeio	1 fatia
Bolacha água e sal	2 unidades	Pão de forma	1 fatia
Corn flakes	1 colher de sopa	Pão de graham	1 fatia
Empada	1 pequena	Pão integral	1 fatia
Farinha	2 colheres de sopa	Pão francês	1/2 pequeno
Farofa	1 colher de sopa	Pastel	1 médio
Feijão	4 colheres de sopa	Pipoca	1 pacote pequeno
Germe de trigo	3 colheres de sopa	Pirão	2 colheres de sopa
Grão-de-bico	2 colheres de sopa	Pizza	1 fatia pequena
Lazanha	2 colheres de sopa	Torrada	6 das pequenas
Lentilha	2 colheres de sopa	Tremoços	3 colheres de sopa

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 117).

Quadro 5 - Grupo 5 – Carnes, queijos e ovos

Alimentos	Porções	Alimentos	Porções
Cabrito	1/3 de bife	Ovo de codorna	3 unidades
Camarão	2 médios	Ovo de galinha	1 unidade
Carneiro	1/3 de bife	Paio	1 pedaço pequeno
Carne seca	1 pedaço pequeno	Pato	1/3 de bife
Caviar	1 colher de sobremesa	Peru	1/3 de bife
Coelho	1/2 bife	Peixe	1/2 posta pequena
Dobradinha	2 colheres de sopa	Polvo	1 porção média
Fígado	1/3 de bife	Presunto magro	2 fatias
Fondue de queijo	25 gramas	Queijo	1 fatia
Frango	1/3 de bife	Queijo cottage	2 colheres
Lagosta	1 pedaço pequeno	Requeijão	1 colher de sopa
Linguiça	1 pedaço pequeno	Ricota	2 fatias finas
Lula	1 porção média	Salame	1 fatia pequena
Mexilhão	1 porção pequena	Salsicha	1 pequena
Mortadela	2 fatias finas	Siri	3 do tamanho médio
Ostras	1 porção pequena	Vaca	1/3 de bife

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 117).

Lembrando que o peixe deve ser consumido no mínimo 3 vezes por semana.

Quadro 6 - Grupo 6 – Gorduras

Alimentos	Porções	Alimentos	Porções
Azeite	1 colher de chá	Maionese light	2 colheres de chá
Azeitona	4 médias	Manteiga	1 colher de chá
Bacon	1 fatia pequena	Margarina	1 colher de chá
Creme de leite	1 colher de sopa	Óleo vegetal	1 colher de chá
Maionese	1 colher de chá	Patê	1 colher de chá

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 118).

Quadro 7 - Grupo 7 – Leites

Alimentos	Porções	Alimentos	Porções
Coalhada	1/2 copo	Leite integral	1/2 copo
Iogurte natural	1 copo	Leite integral em pó	1 colher
Iogurte diet	2 frascos	Pudim diet	1 pequeno
Leite desnatado	1 copo	Sorvete diet	1 bola

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 118).

Quadro 8 - Grupo 8 – Bebidas, condimentos e dietéticos

Alimentos que compõe este grupo			
Adoçantes	Cebolinha	Hortelã	Pimenta
Alho	Cominho	Limão	Refrigerante dietético
Café sem açúcar	Cravo	Limonada sem açúcar	Sal
Canela	Erva-doce	Mate sem açúcar	Salsa
Chá sem açúcar	Gelatina dietética	Orégano	Vinagre

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 118).

Nota-se que:

Grupo 1 e 2 - Acrescentam fibras à alimentação e são pobres em calorias.

Grupo 3 - São as frutas constituídas basicamente de carboidratos complexos. O abacate não está relacionado por possuir muita gordura.

Grupo 4 – Também é constituído principalmente por carboidratos, porém mais simples (engordam mais). Ficar atento as massas e pizzas, porque na cobertura ou no molho elas podem ter grandes quantidades de gordura.

Grupo 5 - São as proteínas e gorduras. O teor de gordura, no entanto, é variável. Prefira os queijos brancos como a ricota, cottage e o próprio queijo minas. Também as carnes brancas são menos gordurosas que as vermelhas. Evite a pele do frango e de peixes, e a gordura visível da carne vermelha. Lagosta e camarão são ricos em colesterol, assim como a gema do ovo. Prefira sempre as carnes grelhadas, assadas ou cozidas. Evite frituras.

Grupo 6 - Gorduras. Devem ser evitadas na medida do possível.

Grupo 7 - Leite e derivados. Dar preferência aos desnatados. É importante que se tome sol diariamente para auxiliar na absorção do cálcio disponível nestes alimentos.

Grupo 8 - Vários alimentos, temperos e bebidas com valor calórico desprezível, porém seu consumo excessivo pode trazer mal à saúde (ABRAHÃO, 2000).

Dando continuidade, apresentaremos 2 exemplos de cardápio, composto por porção e grupo alimentar, sendo o primeiro um cardápio de 1.200 kcal e o segundo de 1.500 kcal, que devem ser distribuídos durante as refeições diárias, QUADROS 9 e 10.

Quadro 9 - Cardápio de 1.200 kcal, relacionado à porção por grupo alimentar

Refeição	Quantidade de alimentos por grupo alimentar
Café da manhã	1 porção do grupo 7 1 porção do grupo 4 1 porção do grupo 5 1 porção do grupo 3
Lanche da manhã	1 porção do grupo 3 1 porção do grupo 2 3 porções do grupo 5
Almoço	1 porção do grupo 4 1 porção do grupo 3 1 porção do grupo 4
Lanche da tarde	2 porções do grupo 2
Jantar	3 porções do grupo 5 1 porção do grupo 4 1 porção do grupo 6 1 porção do grupo 3
Ceia	1 porção do grupo 3

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 119).

Quadro 10 - Cardápio de 1.500 kcal, relacionado à porção por grupo alimentar

Refeição	Quantidade de alimentos por grupo alimentar
Café da manhã	1 porção do grupo 7 1 porção do grupo 4 1 porção do grupo 5 1 porção do grupo 3
Lanche da manhã	1 porção do grupo 3
Almoço	2 porções do grupo 2 3 porções do grupo 5 2 porções do grupo 4 1 porção do grupo 3
Lanche da tarde	1 porção do grupo 4
Jantar	2 porções do grupo 2 3 porções do grupo 5 1 porção do grupo 4 1 porção do grupo 6 1 porção do grupo 3
Ceia	1 porção do grupo 3

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 120).

A seguir, QUADRO 11, apresentaremos um modelo de cardápio diário de alimentos a serem ingeridos. Em cada refeição, deverão ser ingeridos todos os itens relacionados àquela refeição.

Por exemplo: O primeiro item do desjejum é “01 xícara de chá de leite desnatado”. Se não gostar de leite ou quiser mudar, basta procurar no quadro 12 “alimentos equivalentes”, que será apresentado posteriormente a este cardápio, onde no item correspondente a 01 xícara de chá de leite desnatado, encontrará várias opções para substituição. A pessoa poderá trocar todas as sugestões ou trocar apenas uma ou até mesmo não trocar nenhuma. Existe total liberdade para confecção do cardápio diário, estimulando a quem deseja e precisa perder peso (ABRAHÃO, 2000).

Quadro 11 – Cardápio contendo as refeições e os alimentos que podem ser ingeridos em cada refeição

Refeição	Alimento a ser ingerido
Desjejum	01 xícara de chá de leite desnatado 03 unidades de bolacha cream cracker 01 colher de chá de margarina 01 xícara de café com adoçante
Lanche Matinal	01 unidade pequena de pera
Almoço	03 unidades de almôndegas com molho 04 colheres de sopa de arroz 03 colheres de sopa de vagem refogada 01 prato de sobremesa de salada de alface 01 taça pequena de salada de frutas
Lanche da Tarde	01 xícara de chá ou café com adoçante 02 unidades de bolacha cream cracker
Jantar	01 prato de sobremesa de salada de escarola 02 filés médios de frango grelhado 03 colheres de sopa de arroz 01 pires de chá de couve-flor cozida 01 fatia média de mamão
Lanche Noturno	01 copo de 200 ml de suco de limão 01 fatia de queijo branco 02 unidades de bolachas cream-cracker

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 121-22).

Esta dieta foi elaborada para que seja feita uma restrição alimentar, sem, no entanto, comprometer a nutrição. Ficar atento à questão do horário estabelecido para as refeições

regulares e as pequenas refeições (lanches). O horário da ingestão de alimentos é tão importante quanto o aporte total das calorias. É permitido fazer substituições somente por ocasião de uma mesma refeição, normal ou pequena. Se mesmo assim sentir fome, coma quanto quiser de tomates, pepinos e/ou alface (hortaliças), pois isso ajudará “enganar” seu organismo e lhe fornecerá fibras (ABRAHÃO, 2000).

O uso de açúcar deve ser evitado. Utilizar adoçantes artificiais. Refrigerantes dietéticos são permitidos, porém, devem ser evitados durante as refeições, assim como outros líquidos. Substitua a manteiga por margarinas que contêm ácidos graxos poliinsaturados. Todos os ácidos graxos poliinsaturados ajudam a diminuir a taxa de colesterol ruim (ABRAHÃO, 2000).

Quadro 12 – Alimentos equivalentes

Alimentos do cardápio	Alimentos que podem substituí-los	
01 xícara de chá de leite desnatado	- 01 colher de sobremesa de requeijão - ½ copo de 150 ml de iogurt diet - 1 e ½ fatia de mussarela fina	- 01 fatia fina de queijo branco light ou prato - ½ xícara de chá de leite integral
03 unidades de bolacha cream cracker	- 01 fatia de pão integral - 02 fatias de pão light - 03 unidades de torradas	- 02 unidades média de pão de queijo - 01 e ½ unidade pequena de croissant - 01 pãozinho francês de 50 gramas
01 colher de chá de margarina	- ½ copo de 200 ml de iogurte natural - 01 fatia fina de queijo provolone - ½ fatia média de queijo gorgonzola - 01 polenguinho - 01 xícara de chá de leite integral	- 01 fatia de queijo branco - 01 colher de chá de maionese - 15 unidades de amendoim - 06 unidades de azeitonas ou nozes - 01 colher de chá de manteiga
01 fatia fina de queijo branco light	- 01 colher de sobremesa de requeijão	- 01 xícara de chá de leite desnatado - ½ fatia média de queijo prato ou ricota
01 unidade pequena de pêra	- 01 cacho pequeno de uva - 01 fatia de mamão ou melão - 01 pires de sobremesa de morango	- 01 unidade pequena de laranja ou maçã ou banana - 01 tangerina ou 01 pêssego médio
01 prato de sobremesa de alface	- 01 prato de sobremesa de agrião	- almeirão ou escarola ou qualquer hortaliça crua
02 filés de peixe fresco	- 01 bife médio de carne ou fígado de boi - ½ concha de estrogonoff - 02 fatias finas de lombo assado - 01 filé médio de bacalhau - 02 bifés pequeno à rolê - 02 ovos fritos - 02 salsichas	- 02 linguiças médias - 03 fatias de presunto ou frios - 01 hamburguer médio - 03 unidades almondegas com molho - 03 nuggets de frango - 04 colheres de sopa de carne moída - 02 sardinhas de lata em óleo - 02 filés médios de frango grelhado

04 colheres de sopa de arroz	- 02 colheres de sopa de batatas sauté ou macarrão ao sugo - ½ colher de sopa de farofa - 02 colheres de sopa de risoto de frango - 01 prato de sopa de legumes	- 01 batata grande assada - 3 colheres de arroz e 1/4 de concha de feijão ou ervilha ou lentilha - 2 colheres de arroz e 1/2 concha de feijão ou ervilhas ou lentilhas - 2 colheres de sopa de purê de batatas
03 colheres de sopa de vagem refogada	- 01 pires de acelga ou abobrinha ou brócolis ou chuchu ou couve-flor ou repolho ou cenoura ou espinafre ou escarola ou couve	
01 taça pequena de salada de frutas	- ½ fatia média de mamão ou melão - ½ goiaba ou manga pequena	- 01 nectarina pequena - 03 cerejas
02 unidades de bolacha cream cracker	- 01 fatia de pão de forma - ½ fatia de pão integral - ½ unidade de pão francês	- 02 torradas - 01 croissant pequeno
01 prato de sobremesa de salada de escarola	01 prato de sobremesa de agrião ou almeirão ou alface	
02 filés médios de frango	- 01 bife médio de fígado ou carne de boi - 01 filé de frango à milanesa	- 04 fatias de lagarto assado - 03 salsichas
03 colheres de sopa de arroz	- 01 e ½ colher de sopa de batata sauté ou de rizoto de frango - 03 e ½ colheres de purê de batatas - 01 panqueca pequena de espinafre - 01 pão francês 50 gramas	- 01 prato de sobremesa de espaguete - 03 colheres de sopa de polenta - 01 concha de nhoque - 02 unidades de canelone de ricota
01 pires de chá de couve-flor cozida	01 pires de chá de acelga ou abobrinha ou brócolis ou vagem todos cozidos	
01 fatia média de mamão	- 02 colheres de sopa de abacate - 01 pires de chá de morango - 01 taça grande de salada de frutas	- ½ unidade de banana - 02 unidades média de lima - 02 unidades pequenas de nectarina
01 copo de 200 ml de suco de limão	- 02 copos de 150 ml de suco de acerola	- 01 copo 150 ml de suco de melão

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 123-25).

Observação: como demonstrado, nos quadros anteriores, na programação alimentar para o emagrecimento, há uma diversidade muito grande de alimentos, nos vários grupos e cardápios, sugeridos pelo autor, para que se consuma uma dieta saudável. Entretanto, muitos destes alimentos não fazem parte de nossa realidade local, e alguns tem um custo financeiro elevado. Isto é contrabalanceado pelas possibilidades de trocas por produtos regionais, de custo financeiro menor, e de dando-se preferência para os alimentos da “época” (ex. laranja, na época de colheita da laranja; uva, na época da colheita de uva, etc.). O que deve ser

ressaltado, no entanto, é que se consumam os vários grupos de alimentos sugeridos, sem alterar o gasto financeiro com alimento.

Os programas para emagrecimento, como explicitado, devem conter elementos dos vários grupos, mantendo assim uma dieta equilibrada, que forneça todos os micro e macronutrientes, e em porções balanceadas (sem exageros), de modo que contribuirão para redução do peso corporal. O cardápio apresenta uma vasta variedade de possíveis trocas (quadro 12 – alimentos equivalentes), o que colabora para que não se faça uma dieta monótona, e se possa mantê-la no dia a dia. Outro fato importante é manter uma hidratação corporal adequada, pois a água, segundo BRASIL (2005), é um alimento indispensável e as pessoas devem ingerir no mínimo 2 litros de água por dia (6 a 8 copos), preferencialmente entre as refeições. Essa quantidade pode variar de acordo com a atividade física e com a temperatura do ambiente.

6.2 MUDANÇA DE HÁBITOS DE VIDA E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Para conseguir perder peso de forma saudável, sem a utilização de medicações, se faz necessário a redução moderada da ingestão energética, discutido no tópico anterior, associado a prática de exercícios físicos e as mudanças nos hábitos cotidianos, que iremos discutir neste tópico.

Seguindo esta linha de pensamento, BRASIL (2006), nos fala que para a promoção do peso saudável o incremento da atividade física, aliado a alimentação saudável são os eixos centrais a serem trabalhados na busca pela qualidade de vida. A atividade física é um fator determinante do gasto de energia e, portanto, do equilíbrio energético e do controle de peso. Mesmo que no início do acompanhamento o indivíduo alcance somente um nível de atividade física leve, o fato de deixar de ser sedentário traz resultados positivos quanto à melhoria de qualidade de vida e de bem-estar geral, além de resultados específicos em relação aos riscos de saúde e ao controle das comorbidades.

Deste modo,

ser ativo fisicamente resulta em benefícios para a saúde individual e coletiva. A prática regular de atividade física está relacionada com a melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória, da resistência física e muscular, da densidade óssea e da mobilidade articular, da pressão arterial em hipertensos, do nível de colesterol, da tolerância à glicose e da ação da insulina, do sistema imunológico, do risco de cânceres de cólon e de mama nas mulheres, entre outros benefícios, não menos

importantes, como a prevenção de osteoporose e diminuição de lombalgias, aumento da auto-estima, diminuição da depressão, alívio do estresse, aumento do bem-estar e redução do isolamento social (BRASIL, 2006, p. 41).

Se exercitando com frequência e mantendo uma alimentação saudável e balanceada se consegue a redução no peso corporal maior que apenas com a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura, preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral (MATSUDO, 1999).

Pessoas que são fisicamente ativas possuem um equilíbrio energético maior, sendo capazes de aproveitar melhor os alimentos nutritivos, sem acumular gordura no corpo. À medida que a atividade física aumenta, o mesmo acontece com a massa corporal magra (massa muscular) e o corpo gradualmente muda de forma, ocorrendo a substituição da gordura por massa muscular (ASTRAND et al., 1970).

Por todos estes benefícios, o incentivo e apoio a prática de atividade física regular deve ser parte das estratégias dos profissionais de saúde com vistas à manutenção do peso saudável. Para a população em geral, recomenda-se pelo menos trinta minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana, de forma contínua ou acumulada (BRASIL, 2001).

O incentivo e o apoio à adoção, de modos de viver ativos, devem ser uma prioridade no acompanhamento dos usuários. Buscando sempre promover a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população por meio de ações que permitam aos cidadãos conhecer, experimentar e incorporar a prática regular de atividades físicas (BRASIL, 2005).

As práticas corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica etc.. As possibilidades de organização e escolha dos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se são entendidas como benéficas à saúde. Assim, são incluídas as caminhadas, a capoeira, as danças, a natação, andar de bicicleta, pular corda e outras brincadeiras que levam a movimentação do corpo. A adoção destas práticas favorece ações que reduzem o consumo de medicamentos, estimulam as atividades em grupo e a formação de redes de suporte social, possibilitando a participação ativa dos usuários (BRASIL, 2005).

Sendo assim, as equipes de saúde devem promover, nas unidades de saúde e na comunidade, atividades coletivas que propiciem a atividade física, considerando as diversas fases do curso da vida, tais como jogos e brincadeiras com bola e peteca, caminhadas coletivas, gincanas, trabalhos corporais, manuais, bailes, festas folclóricas, capoeira, teatro. Para isto, a tarefa de promover o envolvimento da população com a prática de atividade física, deve se dar de forma interdisciplinar e abranger todos os profissionais. Valorizar e estimular

qualquer atividade da vida. Pode ser difícil iniciar, com o usuário com obesidade e sobrepeso, as atividades moderadas ou intensas, devido, entre outras questões, aos problemas respiratórios e músculo-esqueléticos, comuns a este grupo (BRASIL, 2006).

O grande desafio é desenvolver estratégias para a motivação e adesão a uma vida mais ativa. Debater junto aos grupos suas vantagens, a identificação dos obstáculos para a mudança, o auxílio para a descoberta de cada indivíduo de suas formas prazerosas e adequadas ao cotidiano de se movimentar, entre outros pontos. A existência de atividades na própria unidade de saúde envolvendo práticas corporais pode trazer resultados positivos em relação à promoção destas práticas (BRASIL, 2006).

6.2.1 Planejamento da atividade física

As pessoas com excesso de peso geralmente são inativas, e atribuem a isto a falta de tempo para realizar as atividades físicas. Sabe-se que a atividade física de baixa e moderada intensidade é mais provável de ser continuada do que a de alta intensidade. A atividade física somada ao controle da ingestão alimentar apresentam efeitos positivos no tratamento da pessoa com excesso de peso (ABRAHÃO, 2000). A literatura científica aponta para os seguintes benefícios dos exercícios:

- Aumento do gasto energético. Estímulo à resposta termogênica: aumento na capacidade de mobilização e oxidação da gordura;
 - Melhora do condicionamento físico e da circulação cardíaca, diminuição da pressão sanguínea, aumento da capacidade vital;
 - Supressão significativa da sensação de fome, embora de pouca duração.
- E se falarmos de exercícios físicos intensos, logo após a estes teremos:
- Mobilização da gordura abdomino-visceral;
 - Aumento do HDL (colesterol bom) e diminuição do LDL (colesterol ruim);
 - Efeitos psicológicos com melhora da auto-estima, auto-imagem, ansiedade e depressão.
- E ainda, sobre o peso, alimentação, composição corporal, tecido adiposo e gorduras circulantes a atividade física contribui para que:
- Os pacientes obesos percam mais rapidamente peso, tanto de tecidos graxos como de massa magra;
 - Melhora a relação massa gorda/massa magra, que se encontra alterada no obeso;
 - Contribui para a diminuição do IMC;
 - Diminuição da resistência a insulina;
 - Nivela os níveis de Serotonina (ABRAHÃO, 2000, p. 99-00).

Dentre os fatores comportamentais mais associados à saúde, estão os hábitos alimentares, o controle do estresse e, aqui chamamos a atenção à atividade física regular. A proposta internacional é a promoção de um estilo de vida ativo estimulando a população a totalizar pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, de intensidade leve a moderada, o equivalente a 2,4 a 3,2 Km em 30 minutos de caminhada (ABRAHÃO, 2000).

Cabe ressaltar que durante o planejamento da atividade física, antes de ser iniciado, um médico deve ser consultado, de modo que se identifiquem morbidades que possam contraindicar a prática de exercícios físicos.

De acordo com Abrahão (2000), a prática da atividade física pode se dar de duas maneiras. Através da *atividade física não programada*, que se dá com o aumento da atividade física de forma espontânea, no dia a dia, com modificação de coisas simples como reduzir o uso do controle remoto da televisão, de telefones sem fio, de elevadores e escadas rolantes, sair a pé de vez em quando deixando o carro em casa etc. A outra forma ocorre através da *atividade física programada*, onde a avaliação clínica do obeso é indispensável nestes casos. Uma orientação apropriada deve ser feita, a fim de reduzir as chances de lesões, utilizando roupas e calçados adequados. O exercício deve ser agradável. A maioria das pessoas com excesso de peso não gosta de expor o corpo, evita locais muito movimentados ou da moda ou que exijam roupas especiais. A atividade física indicada a pessoas com excesso de peso segue as regras da população em geral, devendo incluir a definição de tipo, duração, intensidade e frequência do exercício físico.

Quanto ao exercício ele pode ser:

- Aeróbico: a caminhada é o método mais seguro e barato. O gasto energético depende do peso e da velocidade, porém, o custo energético por distância independe da velocidade, ou seja, andar 2 quilômetros devagar ou rápido dispende quantidades de calorias semelhantes apesar da diferença em custo calórico por minuto. Outros exercícios aeróbicos incluem: bicicleta ergométrica, natação e hidroginástica.

- Anaeróbicos: incluem-se levantamento de peso e musculação. Proporciona resistência, força e muitas vezes o aumento da massa muscular que previne a redução acentuada do metabolismo basal (ABRAHÃO, 2000).

Quanto a intensidade do exercício, deve ser feito mantendo-se a frequência cardíaca abaixo de 70% da frequência cardíaca máxima, que é dada pela seguinte expressão: frequência cardíaca máxima = 220 - idade.

Ex.: Paciente com 40 anos, sua frequência cardíaca máxima será: $220 - 40$ (idade) = 180 batimentos por minuto (ABRAHÃO, 2000).

Segundo Abrahão (2000), a queima de calorias (energia) acontece em todos os tipos de atividade. Desde dormir, até realizar uma corrida intensa, com gastos diferentes é claro, dependendo da atividade. Deste modo qualquer aumento da atividade física pode contribuir para redução do peso corporal. Mesmo algo tão simples quanto ficar em pé ao invés de sentar pode gastar algumas calorias a mais. Outro ponto importante, é que pessoas com mais peso queimam mais calorias do que as outras quando estão fazendo a mesma atividade, porque é necessário mais energia para mover mais peso. Várias atividades do dia a dia, como subir escadas e caminhar, são estratégias úteis de queimar calorias. No QUADRO 13 serão demonstrados dados relativos a quantidade de calorias queimadas por 10 minutos de atividade contínua, em pessoas com 70, 100 e 140 kg.

Quadro 13 – Valores calóricos da atividade física

Atividade	Peso corporal em quilos		
	70kg calorias	100kg calorias	140kg Calorias
Necessidades pessoais			
Dormir	10	14	20
Sentar (assistindo TV)	10	14	18
Sentar (conversando)	13	21	30
Tomar banho	26	37	53
Ficar em pé	12	16	24
Locomoção			
Descer escadas	56	78	111
Subir escadas	146	202	288
Caminhar a 3 Km/h	29	40	58
Caminhar a 6 Km/h	52	72	102
Correr a 9 Km/h	90	125	178
Correr a 11 Km/h	118	164	232
Correr a 20 Km/h	164	228	326
Andar de bicicleta a 9 Km/h	42	58	83
Andar de bicicleta a 20 Km/h	89	124	178
Tarefas domésticas			
Fazer a cama	32	46	65
Lavar o chão	38	53	75
Lavar as janelas	35	48	69
Tirar a poeira	22	31	44
Preparar as refeições	32	46	65
Jardinagem leve	30	42	59
Cortar a grama (manual)	38	52	74
Ocupação sedentária			
Sentar (escrevendo)	15	21	30

Serviço leve de escritório	25	34	50
Datilografar (elétrica)	19	27	39
Ficar em pé	20	28	40
Trabalho leve			
Consertar o carro	35	48	69
Carpintaria	32	44	64
Pintar a casa	29	40	58
Tarefas de construção	32	44	64
Montar o anzol	20	28	40
Alvenaria	28	40	57
Trabalho pesado			
Cortar madeira	60	84	121
Arrastar troncos	158	220	315
Perfurar carvão	79	111	159
Recreação			
Jogar peteca	43	65	94
Baseball	39	54	78
Basquete	58	82	117
Boliche (sem parar)	56	78	111
Canoagem	90	128	182
Dança moderada	35	48	69
Futebol	69	96	137
Hipismo	56	78	112
Ping-pong	32	45	64
Squash	75	104	144
Natação (costas)	32	45	64
Natação (crawl)	40	56	80
Tênis	56	80	115
Vôlei	43	65	94

Adaptado de Dietoterapia na Obesidade e doenças afins (ABRAHÃO, 2000, p. 129-31).

O quadro deixa claro que tudo o que fazemos queima caloria/energia. Algumas atividades mais, outras menos. Atrelar a atividade física com a redução de ingestão calórica é fator preponderante para atuar de forma eficaz na gênese do excesso de peso.

6.3 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO - ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Devido a proximidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) com a comunidade em geral, há uma facilidade para trabalhar a questão do excesso de peso e manter um acompanhamento, de longa duração, que se faz necessário no caso de usuários com este

problema, tendo este vínculo família/serviço de saúde como ponto forte neste acompanhamento.

A equipe deve observar uma série de questões que facilitarão o acompanhamento e prevenção de usuários com excesso de peso, que são:

- Articular atores sociais locais (escolas, produtores agrícolas, comércio), com vistas à integração de ações para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional;
- Coletar e analisar as informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional, principalmente um levantamento mais completo, elegendo pessoas com risco para desenvolverem excesso de peso, e as pessoas que já apresentam tais distúrbios;
- Monitorar a situação nutricional da população adscrita com base nos indicadores SISVAN/SIAB;
- Participar no desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- Conhecer e estimular a produção e consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- Promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas comunitárias;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo sobre Alimentação e Nutrição com ênfase nas práticas alimentares saudáveis;
- Promover ações de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito domiciliar, práticas seguras de manipulação, preparo e acondicionamento de alimentos;
- Promover a orientação para o uso da rotulagem nutricional (composição e valor calórico) como instrumento de seleção de alimentos;
- Realizar orientações nutricionais às diferentes fases do curso de vida, com atenção prioritária a hipertensos, diabéticos, nutrízes, crianças, idosos, acamados, entre outros;
- Elaborar rotinas de atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica;
- Participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção aos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, entre outros (BRASIL, 2006, p. 81).

Ainda de acordo com este autor propõem atribuições e competências específicas dos profissionais da equipe na organização da atenção na prevenção e acompanhamento da pessoa com excesso de peso, como destacamos a seguir:

✓ **Médico:** deve estimular a participação comunitária em ações que visem à melhoria da qualidade de vida, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso; realizar consulta clínica nas unidades de saúde e nos domicílios, trabalhos com grupos, aferir os dados antropométricos de peso e altura, realizar ações de vigilância nutricional, avaliar os casos de risco e tratar agravos à saúde associados (hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, etc.), solicitar exames complementares e, quando for necessário, o apoio especializado. Usuários com sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associado à co-morbidade (diabetes mellitus) ou que apresentem obesidade (IMC maior que 30 Kg/m²) deverão ser acompanhados também por nutricionista; os casos de obesidade adquirida por distúrbios hormonais deverão ser referenciados para serviço de endocrinologia. Acompanhar os casos a partir da contra-referência, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

✓ **Enfermeiro:** deve estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar

ações de vigilância nutricional, acompanhar as ações dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, aferir os dados antropométricos de peso e altura, avaliar os casos de riscos e quando for necessário buscar o apoio especializado, utilizar o serviço de nutrição, o clínico ou outros profissionais. Os usuários com sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associado à comorbidade (diabetes mellitus) ou que apresentem obesidade IMC maior que 30 Kg/m², devem ter consulta com nutricionista para acompanhamento nutricional. Acompanhar o controle dos agravos à saúde associados, a partir da contra-referência, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e de avaliação.

✓ **Auxiliar de enfermagem:** deve estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar ações de vigilância nutricional, aferir os dados antropométricos de peso e altura nas pré-consultas; identificar com os agentes comunitários de saúde (ACS) as famílias e usuários em risco nutricional, participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

✓ **Agente comunitário:** deve estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência; identificar crianças e famílias em situações de risco para sobrepeso; identificar fatores de risco do estado nutricional na família e no domicílio; realizar aferição de peso e altura nas visitas domiciliares; identificar estratégias para melhoria do estado nutricional na comunidade e na família; participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação (BRASIL, 2006, p. 81-2).

Para seguimento do usuário com excesso de peso, que é um processo contínuo e inclui apoio e motivação para superação dos obstáculos, a comunicação a ser estabelecida deve ser baseada na interação de saberes e na formação de vínculo. Desta forma o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), destaca a importância do trabalho de forma interdisciplinar, determinando alguns princípios a serem seguidos, que são:

- planejar e avaliar permanentemente em reuniões periódicas da equipe destinando-se uma parcela da carga horária dos profissionais para a sua participação nestas reuniões e em trabalhos de educação permanente;
- a equipe necessita ter autonomia para a tomada de decisões;
- participar em consultas ambulatoriais, coletivas e domiciliares e participação de todos os membros da equipe em trabalhos coletivos, de grupos e na comunidade.

6.3.1 O Trabalho com Grupos: uma estratégia para a construção coletiva do conhecimento

Outro ponto que deve ser apropriado pelas equipes de saúde, quando se trabalha a intervenção sobre usuários com excesso de peso são as ações educativas, que devem permear todas as práticas desenvolvidas, estando presentes em todas as relações do profissional de saúde com os usuários, tanto na consulta individual como nas atividades em grupo. Estas ações são necessárias e complementares na busca da qualidade do cuidado em saúde. Estamos falando, portanto, de diálogo, conversa a dois ou conversa coletiva (BRASIL, 2006).

De preferência os grupos devem ser homogêneos, ou seja, buscando-se agrupar situações de vida semelhantes, pela qual os participantes estejam passando (no caso o excesso de peso). Assim, os sentimentos, as ansiedades, os medos e as fantasias podem ser expostos, de forma que os participantes, ao compartilharem vivências semelhantes, não se sintam isolados e se identifiquem com outras pessoas que também estão passando pelas mesmas situações (MALDONADO, 1982; ROTENBERG; MARCOLAN; CASTRO, 2002).

A temática trabalhada deve ser conduzida de forma que a troca de informações favoreça o processo de aprendizagem, ou seja, que o grupo reflita e avalie a partir das suas próprias experiências. Desta forma, é fundamental - saber escutar -, pois a partir da escuta é que o profissional irá identificar os temas a serem explorados, refletidos e aprofundados, de acordo com a necessidade do grupo. Todos os temas e discussões devem ser pautados na busca de motivação e autonomia dos usuários (BRASIL, 2006).

As dinâmicas de grupo, com momentos lúdicos, com incentivo à realização de trabalhos manuais, passeios culturais e motivação para atividade física, abrem espaço para a busca da saúde e nutrição, compreendidas de forma ampla e não apenas como ausência de doença (ROTENBERG; MARCOLAN; CASTRO, 2002).

As práticas educativas em saúde e nutrição devem ter como eixos centrais a promoção de saúde, compreendida como promoção da qualidade de vida e da cidadania, e o incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana (BOOG, 2004). Nesta perspectiva, alguns exemplos de temas que podem ser abordados são: o direito humano à alimentação; a segurança alimentar; o incentivo à alimentação saudável ao longo do curso da vida; o incentivo, apoio e proteção da amamentação; orientações dietéticas para indivíduos e grupos

com diversos agravos nutricionais; nutrição e atividade física; nutrição e trabalho, meio ambiente, violência, relações de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva, entre outros (BRASIL, 2006).

Estes temas devem ser abordados no grupo de forma criativa, por meio de jogos e brincadeiras, pois a brincadeira possibilita o movimento, o envolvimento, a aproximação usuário-profissional, profissional-profissional e usuário-usuário. A opção pelo lúdico, pela brincadeira e pela conversa informal permite compartilhar experiências, vivências e aprendizados na busca de maior autonomia, auto-estima, crescimento e cidadania (BRASIL, 2006).

O lúdico e a brincadeira possuem uma seriedade intrínseca. Têm como aspecto característico representar a realidade, parafrasear a seriedade da vida. O faz-de-conta que imita a família, o amor, o trabalho, a casa, a vida. Por meio do jogo, podemos viver a experiência da criação. O jogo, de uma forma positiva, proporciona liberdade, criatividade, estabelece regras e capacidade de escolhas (SANTA ROSA, 1993).

Outra forma de abordar os temas de interesse é a construção coletiva de materiais pedagógicos. Tais como cartazes e outras expressões plásticas, que abordem a alimentação saudável, o aleitamento materno, a saúde e seus determinantes, a autoimagem corporal, os papéis feminino e masculino, os rótulos dos alimentos, seus significados e usos, entre outros. Trabalhos manuais, utilização de sucatas, desenhos, corte e colagem e uso de massa de modelar permitem maior participação, discussão e proximidade entre profissionais e usuários dos serviços (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde podem buscar desenvolver trabalhos educativos que possibilitem o resgate da auto-estima, a visão crítica sobre alimentação, sobre a mídia, a propaganda de alimentos, o incentivo ao movimento, a brincadeira e a inclusão social. A seguir serão descritas algumas atividades que podem ser desenvolvidas com os usuários:

- Propor ao grupo uma discussão sobre comportamento alimentar. A discussão pode ser motivada com perguntas como "você tem fome de quê?"; "você come para quê?"; "você come o quê?".
- Formar grupos para problematizar cenas do cotidiano sobre alimentação na vida moderna (comer com pressa, comer vendo televisão, comer sozinho, substituir refeição por lanche).
- Estimular a influência dos sentidos na alimentação. De olhos vendados, a pessoa deve ser estimulada pelo olfato, gosto e o tato, ao tentar descobrir o alimento. Devem-se utilizar principalmente frutas, legumes e verduras, pouco utilizados na alimentação diária.
- Incentivar os trabalhos manuais. Dispor de material de sucata: caixas, tampas, cola, barbante, grãos, palha, papel, lápis preto, lápis de cor, papel colorido, retalhos de

tecido, etc.. Para o desenvolvimento de atividades criativas como corte e colagem, confecção de desenhos, bonecos, presentes etc..

- Incentivar e organizar passeios culturais a museus, a parques, ao teatro, como forma de inclusão social.

- Incentivar caminhadas e passeios recreativos, buscando o movimento, resgatando o prazer, a alegria e a brincadeira.

- Debater com os usuários sobre a "comida com gosto de infância": o que comiam, quem fazia a comida, como fazia, em que ocasiões fazia. Registrar e discutir com o grupo as mudanças nos hábitos alimentares e na forma de preparação dos alimentos ao longo do tempo.

- Pesquisar, no próprio grupo, os participantes que vieram de outras regiões brasileiras ou que tenham parentes em tal situação. Incentivar o relato de experiências e o conhecimento de outros hábitos alimentares, gêneros e pratos típicos.

- Pesquisar os alimentos da safra, como é possível se alimentar de forma saudável, com menor custo, em cada época do ano.

- Promover festivais ou concursos entre os participantes do grupo. Como exemplo pode ser realizado festival com alguns temas como "sucos de frutas", "saladas" ou "sobremesas à base de frutas". Todos podem degustar as preparações e comentar sobre a experiência.

- Realizar o "Dia da Gostosura". Cada um deve trazer um alimento que nunca comeu. Os alimentos devem ser expostos de modo atraente e os participantes devem ser estimulados a provar alguns deles. Discutir com o grupo sobre a possibilidade de incluir novos alimentos em seus hábitos.

- Organizar com recortes de revistas ou desenhos ou montagens feitas pelos usuários sobre sua própria aparência a partir das perguntas "Como sou?" e "Como gostaria de ser?". Discutir os padrões de beleza criados pela sociedade.

- Simular programas de televisão que abordem questões polêmicas com debates interativos (obesidade e magreza; beleza estética; saúde e nutrição...).

- Armar em mural a pirâmide dos alimentos, utilizando recortes de revistas ou mesmo embalagens de alimentos. Discutir os rótulos dos alimentos, alimentos diet e light.

- Organizar festas com brincadeiras; brincar de amarelinha com os participantes, de dança da cadeira, quadrilhas, cirandas e de outras brincadeiras que o grupo sugerir.

- Com a consigna "Vamos às compras?", disponibilizar gravuras de alimentos saudáveis, e não saudáveis que os participantes poderão escolher e colar num carrinho de supermercado desenhado em cartolina. Debater sobre o que comprar, o tamanho das porções e os motivos das escolhas.

- Organizar oficinas culinárias com degustação e disponibilização de receitas saudáveis de acordo com a disponibilidade e recursos locais. Pode-se estimular também a troca de receitas saudáveis entre os membros do grupo (BRASIL, p. 59-60).

6.3.2 A organização da atenção na prevenção e acompanhamento da obesidade

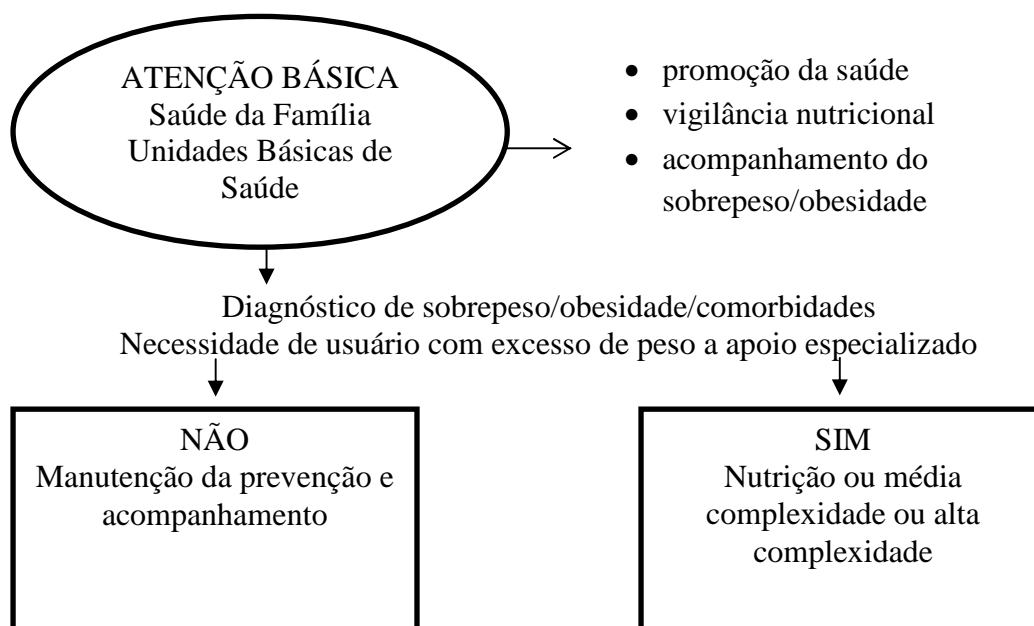
A questão do excesso de peso, mesmo sendo trabalhada de forma eficaz na atenção primária (saúde da família), por sua complexidade, exige uma articulação com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições não necessariamente do setor saúde. A busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e

essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais como associações, igrejas, escolas, creches, implementando novas formas de agir, mesmo que em pequenas dimensões (BRASIL, 2006).

Embora este estudo tenha como finalidade discorrer propostas de intervenção a usuários com excesso de peso na atenção primária, pela complexidade que acompanha tal distúrbio, se faz necessário que haja uma rede de saúde, que tenha a atenção primária como porta de entrada, mas que se consiga direcionamento para outros níveis de atenção quando necessário.

A organização de sistemas integrados dos serviços de saúde a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada possibilita atenção de melhor qualidade e mais direcionada a responder às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003). Isto pode ser visto no ESQUEMA 1, apresentado a seguir.

Esquema 1 - Prevenção e acompanhamento do sobrepeso/obesidade



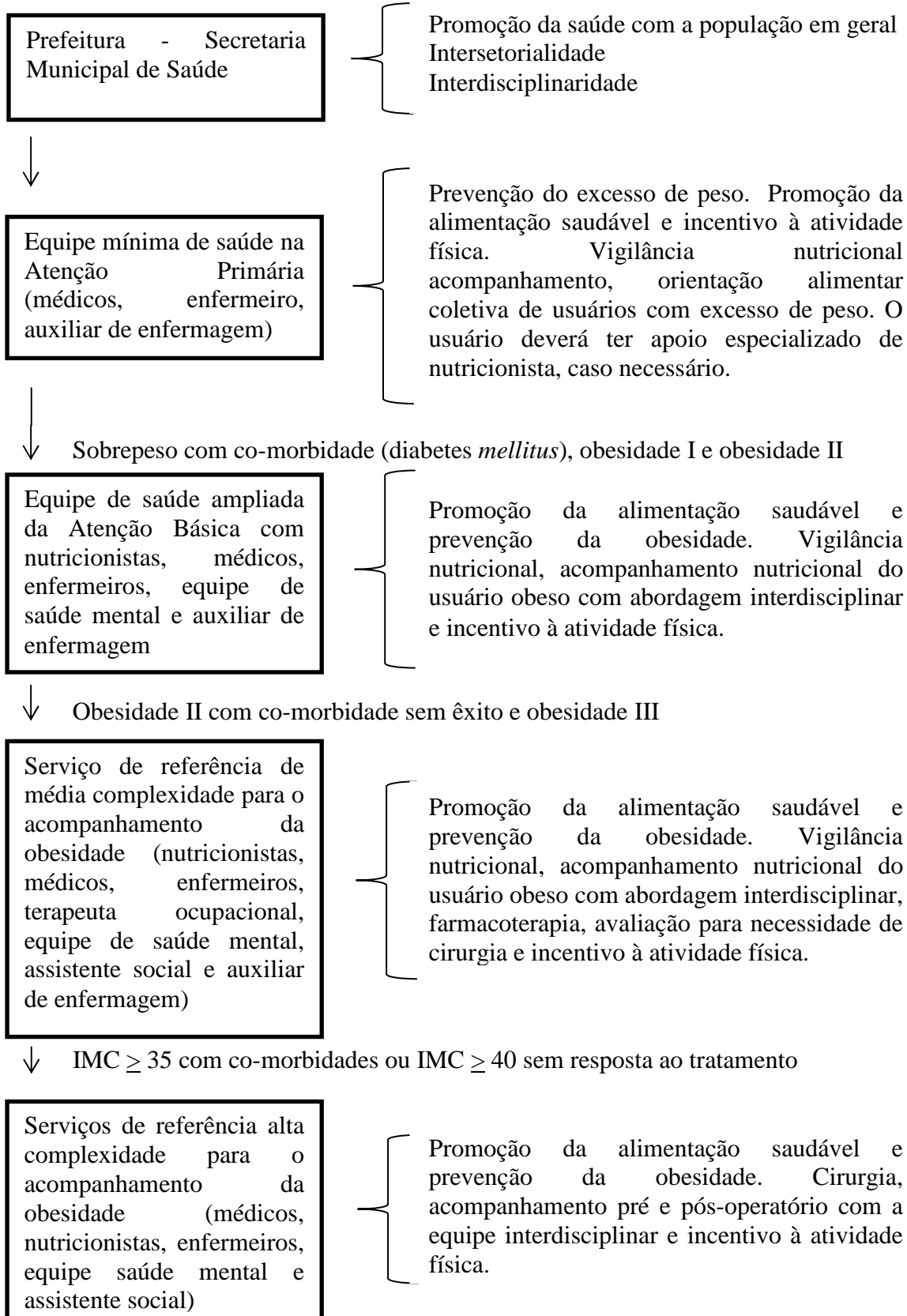
Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 12 (BRASIL 2006, p. 79).

No acompanhamento e na prevenção do sobrepeso/obesidade, deve existir apoio interdisciplinar, representando um avanço, pois as equipes devem ter suporte de profissionais especialistas, como por exemplo, saúde mental, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Além da possibilidade de acesso por parte do usuário às atividades físicas e práticas corporais, essenciais para a promoção do peso saudável e prevenção da obesidade (BRASIL, 2006).

Quanto à organização da assistência, cabe particularmente a atenção primária uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Dentro da lógica do SUS devem ser observados critérios, para realização da referência e contra-referência, para assistência à pessoa com excesso de peso. Estes critérios foram citados por BRASIL (2006), e se aplicam há locais onde há uma rede atenção à saúde bem estrutura, como demonstra o ESQUEMA 2.

Esquema – 2 Fluxo de atenção para prevenção, tratamento e acompanhamento de pessoas com sobrepeso/obesidade nos níveis de complexidade do SUS



Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 12 (BRASIL 2006, p. 80).

Deste modo, percebemos a importância que a Atenção Primária tem no controle, promoção e prevenção sobre as pessoas com excesso de peso. Porém, devido à complexidade observada neste distúrbio, outros níveis de atenção devem ser envolvidos. Portanto, no enfrentamento do sobrepeso/obesidade a nível local (municipal) e regional (região de saúde) deve-se estabelecer uma rede de atenção à saúde muito bem organizada e estruturada, para que se consiga atingir com efetividade o que se demonstra neste esquema de acompanhamento de pessoas com sobrepeso/obesidade.

Para que isto aconteça temos que seguir as seguintes recomendações:

- a) Usuários que apresentem sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associados à co-morbidade (diabetes mellitus), ou obesidade I (IMC entre 30 e 34,9 Kg/m²), ou obesidade II (IMC entre 35,0 - 39,9 Kg/m²) devem receber atenção diferenciada, com orientação alimentar e avaliação clínica e laboratorial específicas. Para isto, devem ser assistidos na Atenção Primária também por nutricionista em unidade de referência da área geográfica.
- b) Usuários com obesidade II (IMC entre 35,0 e 39,9 Kg/m²) sem resposta ao tratamento e com obesidade III (IMC igual ou maior que 40,0 Kg/m²) deverão ser referenciados aos serviços de média complexidade (ambulatório especializado), sendo avaliada a necessidade de associação do tratamento com uso de fármacos.
- c) Usuários com obesidade II (IMC entre 35,0 e 39,9 Kg/m²) com existência de co-morbidades como diabetes, hipertensão e dislipidemias ou com obesidade III (IMC igual ou maior que 40,0 Kg/m²) que não obtiveram respostas em todos os planos de tratamento e foram avaliados pelos serviços de referência para o acompanhamento da obesidade, deverão ser referenciados para os serviços de alta complexidade, para avaliação da necessidade de cirurgia bariátrica (ou gastroplastia) nos centros de referência regionais/estaduais do SUS (BRASIL, 2006, p. 78).

O objetivo deste estudo não foi abordar como se dá a assistência à saúde nas diversas regiões de saúde existentes em Minas Gerais, mas sim, pautado na bibliografia demonstrar a maneira correta de como deve ser o acompanhamento da pessoa com sobrepeso/obesidade. Mesmo que nossa realidade ainda não contemple um fluxo de encaminhamento tão bem elaborado, como apresentado anteriormente, para a assistência à saúde de pessoas com sobrepeso/obesidade, o que seria o ideal.

É importante salientar que os usuários com sobrepeso e obesidade, independentemente do grau, que forem encaminhados para a referência de média ou alta complexidade, devem continuar sendo acompanhados pela equipe de Atenção Primária responsável, garantindo a continuidade da atenção (BRASIL, 2006). Neste nível de atenção é que se concentra a maioria das ações de intervenção propostas neste estudo, mesmo que, devido à complexidade que apresentam exijam atenção de outros níveis, e a sequencia de um fluxo de atendimento, o que também foi abordado neste estudo.

Este sistema de referência e contra-referência na atenção ao sobrepeso e obesidade deve ser discutido em cada município e região, de acordo com os serviços que poderão integrá-lo. Destaca-se que os protocolos e a regulação destes serviços devem ser criteriosos, sobretudo nos níveis de média e alta complexidade, visto os excessos já observados em relação ao uso de fármacos e recomendação de cirurgia em usuários obesos, comprometendo a efetividade do tratamento e, principalmente, atribuindo risco à saúde (BRASIL, 2006).

Compreendendo-se a avaliação em saúde como elemento fundamental para a tomada de decisões, é importante a sua incorporação no cotidiano dos serviços. A avaliação dos resultados indica a qualidade e a adequação do cuidado e permite a reorientação das intervenções e do projeto terapêutico desenvolvido (BRASIL, 2006).

É fundamental a sensibilização de todos. Desde os gestores, passando pelos trabalhadores de saúde, professores e representantes das comunidades, a própria comunidade, que será a maior beneficiária se conseguir atingir um peso corporal adequado. A redução do peso contribui para melhora da qualidade de vida, aumento da longevidade, diminuição de doenças associadas ao excesso de peso, aumento da auto-estima, enfim, aumenta a vontade de viver, ver e ser visto.

7 CONCLUSÕES

É evidente, que o sobrepeso e a obesidade, se tornaram um grande problema de saúde pública em nosso meio. É cada vez mais frequente encontrarmos pessoas com excesso de peso sendo atendidas nas Unidades de Saúde. A transformação pela qual o país passou, a partir da década de 70, com a industrialização, importação de costumes como o *fast food* e comidas prontas ou semi-prontas, a urbanização maciça, e a mudança no estilo de vida, onde as pessoas a cada dia se tornam mais sedentárias, foram preponderantes para que ocorresse esta mudança e culminasse com a transição nutricional.

No município de Fama, entre os usuários que procuraram o serviço de saúde de agosto de 2008 a dezembro de 2009, e tiveram seus dados antropométricos anotados no SISVAN municipal, tivemos uma prevalência de 124 pessoas (53,20%) entre 50 e 59 anos, e 27 pessoas (81,82%), com sobrepeso ou obesidade. Este fato pode indicar que pessoas com excesso de peso procuram mais o serviço de saúde, fato este que deve ser comum em outros municípios. Preocupante e desafiador, este quadro nos remonta a como enfrentar este problema nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária.

Trabalhar com questão do excesso, por muitas das vezes, é difícil, pois a maior parte do tratamento depende de algo intrínseco da pessoa que apresenta o excesso de peso. Não é como uma doença imunoprevenível, onde se faz uma vacina e o organismo responde, tendo ou não a pessoa vontade de que esta tenha efeito. Desta forma o desejo de mudança deve ser trabalhado pela equipe de saúde, com a pessoa com excesso de peso, afim de que, se consiga melhorar sua auto-estima e instigar a busca pela redução do peso e, por conseguinte, melhora da qualidade de vida.

Na atenção primária, as Unidades de Saúde da Família, devem atuar buscando identificar pessoas com risco de desenvolver excesso de peso, a fim de se trabalhar com promoção e prevenção e evitar futuras pessoas com excesso de peso.

Já para as pessoas com sobrepeso e obesidade devemos trabalhar duas linhas, que são os eixos principais de um projeto de intervenção, que são a alteração da nutrição e a alteração dos hábitos de vida.

No primeiro, mudança na nutrição, com redução moderada na ingestão de energia, devemos estimular uma alimentação adequada, com um cardápio variado e colorido, comendo de tudo, sem exageros, seguindo um plano alimentar. Com isto não se passa fome e se

consegue reduzir o peso. No segundo, mudanças nos hábitos de vida, temos como aliado às práticas de exercícios físicos, pois, tudo que gera movimento do corpo, contribui para queima de calorias e consequente redução do peso.

A empreitada da Equipe de Saúde da Família não é fácil. Articular atores sociais, monitorar o estado nutricional da população adscrita, promover educação alimentar, estimular à prática de atividade física e formação de grupos contra a obesidade, entre outras competências, são ações necessárias para tal enfrentamento, e se fazem de forma emergente.

8 REFERÊNCIAS

ABRÃO, C. A. A. **Dietoterapia na obesidade e doenças afins**. São Paulo: [s.n.], 2000. 242p.

ALVES, A. K. L. Obesidade na infância: a hora de alertar. **Revista Nutriweb**, Campinas-SP, v. 3, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.nutriweb.org.br/n0201/obesinfancia.htm>>. Acesso em 04 jan. 2011.

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, dez. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 de nov. de 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso. Posicionamento Oficial da ABESO/ SBEM – 2010. **Revista da ABESO**, São Paulo, n. 47, ano X, p. 4-18, out. 2010. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

_____. Estudo multicêntrico de balão intragástrico: resultados preliminares. **Revista da ABESO**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, 2003.

ASTRAND, P.O. et al.. **Physiological bases of exercise: textbook of work physiology**. New York: McGraw-Hill, 1970.

BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. Sup. 1, p. S182, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

BOOG, M. C. F. Contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde em Revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 17-23, maio/ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf>. Acesso: 28 fev. 2011.

____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 138 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2011.

____. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2011.

____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: Promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2011.

____. Ministério da Saúde. **Agita Brasil**: guia para agentes multiplicadores. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0108_M.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2011.

BURLANDY, L. Segurança alimentar e nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição. **Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 9-15, maio/ago, 2004.

BURLANDY, L.; ANJOS, L. A. Acesso a vale-refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do Programa de Alimentação do Trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1457-64, nov./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n6/6971.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CASTRO, J. **Geografia da Fome**. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Griphus, 1992.

CASTRO, C. M.; PELIANO, A. M. Novos alimentos velhos e o espaço para ações educativas. In: CASTRO, C. M.; COIMBRA M. (Org.). **O problema alimentar do Brasil**. São Paulo: Almed, 1985. p.195-213.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da CNDSS, 2008. 214 p. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

CUNHA, A.C.P.T; NETO, C.S.P. ; CUNHA JÚNIOR, A.T. Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Fitness & Performance Journal**, v. 5, nº 3, p. 146-154, 2006. Disponível em: <<http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/726-5%20KIKA%20Rev%203%202006.pdf>> . Acesso em: 21 fev. 2011.

CYRILLO, D. C.; SAES, M. S. M.; BRAGA, M. B. Tendências do consumo de alimentos e o plano Real: uma avaliação para a grande São Paulo. **Planejamento de Políticas Públicas**, n. 16, p. 163-95, dez. 1997. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/117/118>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

DUARTE, A. C. et al.. **Síndrome metabólica**: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.

FELIPPE, F. **Obesidade zero**: a cultura do comer na sociedade de consumo. Porto Alegre: Sulina, 2003.

FONSECA, V. M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 541-9, dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n6/v32n6a2496.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2011.

FRENCH S, A.; STORY M.; JEFFERY R, W. Environmental influences on eating and physical activity. **Annual Reviews Public Health**, Minneapolis, v. 22, p. 309-35, mai. 2001. Disponível em: <<http://www.uic.edu/classes/psych/Health/Readings/French,%20obesity%20-%20environmental,%20AnnRevPubHth,%202001.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2011.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003**. Rio de Janeiro: INCA; 2006.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**: preparação com técnicas de grupo. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1982.

MATSUDO, V. K. R. Atividade física, saúde e nutrição. **Revista Saúde em Foco**. [S.l.], v. 8, n. 18, 1999.

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

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, mai/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n3/06.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. Relevância epidemiológica da desnutrição e obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 1, p. 28-39, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2011.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R.B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 251-8, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v34n3/2226.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000300004&lng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Necessidades de energia e proteína.** Genebra: Editora Roca, 1998.

POPKIN, B. M., et al.. The nutrition transition in China: A cross sectional analysis. **European Journal Clinical Nutrition**, v. 47, n. 5, p. 333-46, mai. 1993.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **Journal of Nutrition**, North Carolina, v. 131, n. 3, p. 355-75, marc. 2001. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/131/3/871S.full>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n. 4, out./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012>. Acesso em: 08 jan. 2011.

PATARRA, L. P. Mudanças na dinâmica demográfica. MONTEIRO, C. A (Org.). In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. p. 61-78.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Projeto com Gosto da Saúde: cartilha distúrbios nutricionais. Rio de Janeiro, 2005. No prelo.

ROTENBERG, S.; MARCOLAN, S.; CASTRO, I. R. Práticas educativas em saúde e nutrição na rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO**, 17., 2002, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre, 2002.

SANTA ROSA, E. **Quando brincar é dizer**: a experiência psicanalítica na infância. Rio de Janeiro: Relumê-Dumara, 1993.

SINGER, P. A economia dos serviços. **Estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 1, n. 24, p. 127-35. 1979.

TARDIO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006. Disponível em:
<http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade_Curso_Capacitacao_Ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%C3%A7%C3%A3o%20na%20transi%C3%A7%C3%A3o%20nutricional%20e%20obesidade.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2011.

VISSCHER, T. L. S.; SEIDELL, J. C. The public health impact of obesity. **Annual Review of Public Health**, v. 22, p. 355-75, mai. 2001.

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

_____. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity. Geneva:WHO, 1998. 276p.

YUNES, R. C. Mudanças no cenário econômico. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e Novos Males da Saúde Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. p. 33-60.

WIKIPÉDIA. **A enciclopédia livre**. Flórida: Wikimedia Foundation, 2011. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Obesidade&oldid=25209004>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

ZANELLA, M. T. Obesidade. In: MION JR., D.; NOBRE, F. **Risco Cardiovascular Global**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p.103-14.