

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE

Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco - FCAP

Curso de Especialização em Planejamento e Gestão Pública – TRF-5ª Região

Gizelda Rita de Barros Souza

Maria Alda Martins da Costa Barretto

Maria Etelvina Natário Tedim de Sá Leite

Tércia Maria Araújo de Andrade Lima

**OBESIDADE EM SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL
DA 5ª REGIÃO: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO**

Recife
2006

Gizelda Rita de Barros Souza
Maria Alda Martins da Costa Barretto
Maria Etelvina Natário Tedim de Sá Leite
Tércia Maria Araújo de Andrade Lima

OBESIDADE EM SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª
REGIÃO: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências da Administração da Universidade de Pernambuco como exigência para a obtenção do Título de Especialista em Planejamento e Gestão Pública.

Orientador: Dr. Luiz Márcio Assunção

Recife
2006

Gizelda Rita de Barros Souza
Maria Alda Martins da Costa Barretto
Maria Etelvina Natário Tedim de Sá Leite
Tércia Maria Araújo de Andrade Lima

OBESIDADE EM SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª
REGIÃO: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências da Administração da Universidade de Pernambuco como exigência para a obtenção do Título de Especialista em Planejamento e Gestão Pública.

Professor : Dr. Luiz Márcio Assunção

Aprovados em: ____/____/ 2006

Nota: ____ (____).

Examinador:

*“Nós não somos somente aquilo que
apresentamos, somos também, e talvez com
maior intensidade, aquilo que sentimos,
pensamos e agimos.”
(Ana Beatriz Silva)*

RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial e os danos que causa à saúde vão muito além da questão estética, relacionando-se diretamente a doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e alguns tipos de câncer, dentre outras. Este estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa trata do diagnóstico da obesidade em servidores do Tribunal Regional Federal da 5ª Região. Sua metodologia apresentou uma fundamentação teórica sobre a obesidade como problema de saúde, seu diagnóstico, etiologia e tratamento, além de uma pesquisa de campo onde identificou-se o índice de massa corpórea, níveis pressóricos e hábitos comportamentais como realização de exercícios físicos e tabagismo a partir de uma amostra aleatória. A análise dos dados evidenciou que, apesar das condições sócio-econômicas e culturais favoráveis, a população estudada apresenta alto índice de sobrepeso, obesidade e sedentarismo. Norteados pela forte influência do estilo de vida na etiologia da obesidade, pela importância da conscientização do auto-cuidado na sua prevenção e tratamento e por alguns aspectos institucionais facilitadores, apresentou-se, ao final, propostas de ação para controle da obesidade no ambiente estudado.

Palavras-chave: obesidade, estilo de vida, doença de interesse coletivo, doença crônica

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease and the damages it causes to health go far beyond aesthetic issues, being directly related to cardiovascular diseases, diabetes mellitus and some cancer types, among others. This exploratory-descriptive study uses a quantitative approach and focus on the diagnosis of obesity in public servants from Tribunal Regional Federal 5a Região. The applied methodology consisted of a theoretical fundamentation presenting obesity as a health problem, its diagnosis, etiology and treatment, as well as, of a field research that identified body mass indexes(BMI), blood pressure levels and behavioral habits, such as doing physical activities and smoking, from an aleatory sample population. Data analysis showed that, even though the subjects have favorable social-economical and cultural conditions, they present high overweight indexes, obesity and sedentariness. Considering the strong influence of lifestyle in the etiology of obesity, the importance of raising awareness of self-care in prevention and treatment and some facilitating institutional aspects, some actions were proposed to control obesity in the studied environment.

Keywords: obesity, lifestyle, public interest disease, chronic disease.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO.....	10
2 OBESIDADE.....	13
2.1 CONCEITO E DIAGNÓSTICO.....	13
2.2 ETIOLOGIA.....	15
2.3 EFEITOS DA OBESIDADE SOBRE A SAÚDE DO INDIVÍDUO....	18
2.4 TRATAMENTO.....	19
3 PESQUISA DE CAMPO.....	25
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	26
5 RECOMENDAÇÕES.....	32
CONCLUSÕES.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÊNDICES.....	37
A – MEMORANDO DA DIRETORIA-GERAL	
B - MEMORANDO DA SUBSECRETARIA DE PESSOAL	
C – PLANILHA UTILIZADA NA COLETA DE DADOS	

INTRODUÇÃO

Este trabalho, que tem como tema “*OBESIDADE EM SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO: DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO*”, apresenta como proposta traçar um diagnóstico de obesidade nos servidores do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF-5ª Região) e, a partir dos dados obtidos, sugerir medidas de intervenção para prevenção e/ou controle do problema no referido ambiente, procurando, dessa forma, minimizar a prevalência desta doença, que é considerada a enfermidade metabólica mais antiga que se tem conhecimento na humanidade.

A obesidade é, na atualidade, um dos mais graves problemas de saúde pública. É uma das causas de doenças cardiovasculares, certos tipos de câncer, problemas respiratórios, diabetes tipo 2, e distúrbios do aparelho locomotor, sem falar no prejuízo à qualidade de vida das pessoas. (TIERNEY e col., 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2006), existe uma demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade que sobrecarrega nosso sistema de saúde.

Dados da Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2003, p.29) indica que há, no mundo, 1 bilhão de adultos com excesso de peso e pelo menos 300 milhões deles sofrem de obesidade clínica, o que indica tal enfermidade como responsável por 2% a 6% do custo total de atenção à saúde em vários países em desenvolvimento, custo esse que, na realidade, seria muito mais alto se incluísse toda a patologia associada à obesidade.

Índices divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia apontam que 80% da nossa população adulta são sedentários e 32% são obesos. No Brasil, tem sido detectada, assim como em outras populações do mundo, a progressão da transição nutricional, caracterizada fundamentalmente por redução nas prevalências dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade. Em 1975, tínhamos pouco mais de 8% de crianças e adolescentes subnutridos e cerca da metade, 4%, de obesos. Atualmente os dados indicam 9% de obesidade e 3% de subnutridos. (DÂMASO, 2006, p.156).

Em trabalho publicado na Revista “Jornal da Cassi” (2006, p.10), segundo pesquisa realizada em 2002/2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 10,5 milhões de brasileiros com 20 anos ou mais são obesos. Se a esse número for adicionado os que estão acima do peso, mas que ainda não podem ser considerados obesos, o índice sobe para 39 milhões de brasileiros.

Essa tendência tem influenciado a abordagem dos programas de atenção à saúde, a exemplo do PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador), que visa à produtividade, prevenção de doenças ocupacionais e à qualidade de vida. Quando foi criado, na década de 70, a situação nutricional dos trabalhadores era diferente da apresentada no quadro epidemiológico atual, no qual há um avanço na prevalência de sobrepeso e obesidade como responsáveis por um grande número de moléstias incapacitantes que retiram, temporária ou permanentemente os trabalhadores do mercado de trabalho. (ARAÚJO, 2004).

Segundo Dâmaso (2003), dados de fontes governamentais revelaram que 20 milhões de brasileiros fazem apenas uma refeição por dia. As informações acima, analisadas em conjunto, refletem um paradoxo e ao mesmo tempo uma realidade perversa; na mesma criança, na mesma população, podem conviver a obesidade, a anemia e a desnutrição. Essa fatalidade é transmitida através das palavras do mesmo autor quando diz: “...os pobres não se alimentam com o que querem nem sabem o que ingerir, eles apenas comem o que podem e conseguem comer.” (DÂMASO, 2003, p.157).

Em artigo publicado na revista médica americana “The New England Journal of Medicine” (YANOVSKI & YANOVSKI, 2002, p. 591), os autores destacaram a obesidade como o distúrbio mais comum nos EUA, afetando a maioria dos adultos e estando relacionada como fator de risco para outras doenças. Um estudo de grande alcance realizado entre 1983 e 1986 com 48 populações de diferentes cidades européias mostrou que, na faixa etária dos 35 aos 64 anos, 50% a 75% das pessoas estavam com sobrepeso ou obesidade e que em algumas populações os índices ultrapassavam os 75%.

Na atualidade a prevalência da obesidade está entre 10 e 25% em grande parte da Europa Ocidental, entre 20 e 25% em alguns países das Américas, em até 40% em algumas nações do leste europeu e em mais de 50% em países do Pacífico Ocidental. (OPAS, 2000, p. 6, [www](http://www.opas.org.br)).

Os dados apresentados acima reforçam afirmativa conhecida na prática médica de que o indivíduo mal alimentado nem sempre é o que come pouco, mas sim, o que se alimenta mal; ou seja, a ingestão de alimentos em excesso tem se evidenciado tão prejudicial à saúde quanto a sua falta, além de que há de se valorizar a qualidade nutricional dos mesmos.

O presente tema recebeu a atenção das autoras a partir da observação, no ambiente do TRF-5ª Região, de um número elevado de servidores que demonstravam insatisfação com o excesso de peso, ao mesmo tempo em que outros, aparentemente obesos, não apresentavam nenhuma preocupação com o problema. Somaram-se a essa observação empírica, resultados de uma pesquisa realizada entre outubro de 2004 e março de 2005, pelo Setor de Enfermagem do Órgão, que apontou, na mesma população, um percentual de 19,7% de hipertensos, 26,7% de hiperlipidêmicos, 48,4% de queixosos de DORT (Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho) e 46,2% de servidores praticantes de atividades físicas, tendo sido aceito como resposta positiva a essa questão, uma frequência regular de duas vezes por semana, o que está abaixo do limite mínimo estabelecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, que preconiza uma periodicidade de pelo menos três vezes por semana.

Outrossim, não consta, na Seção de Saúde do referido Tribunal nenhuma informação acerca do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos seus servidores, salvo resultados de exames periódicos realizados no ano de 2005 em 41 agentes de segurança, dos quais 16 apresentavam IMC entre 25 e 29,9% e 9 IMC de 30 ou mais, o que caracteriza sobrepeso e obesidade, respectivamente.

As autoras consideram a obesidade um tema relevante no contexto abordado pelo presente estudo, por se tratar de um distúrbio influente na qualidade de vida dos indivíduos e conseqüentemente no seu desempenho laboral, sobretudo, por se tratar de um universo de maioria feminina, com uma faixa etária mais expressiva dos 30 aos 50 anos, com elevada jornada de trabalho em atividade sedentária, fatores que oferecem predisposição ao ganho de peso. Por outro lado, o elevado grau de instrução e o diferenciado padrão sócio-econômico do mesmo grupo propiciam condições favoráveis à compreensão da doença em estudo e à alteração de hábitos comportamentais relacionados a ela, o que é fundamental para a prática do autocuidado e o êxito em programas de redução de peso. (OMS, 2002).

Muito embora os fatores endógenos desempenhem um papel importante na tendência à obesidade, o balanço energético é determinado pela ingestão de calorias e pela atividade física. (HARRISON, 2002). No cenário contemplado acima, torna-se possível uma abordagem por meio de ações efetivas.

O presente estudo tem como objetivos traçar um diagnóstico do problema da obesidade entre os servidores do TRF-5ª Região; conscientizar os servidores quanto à necessidade de se adotar hábitos de vida saudáveis na prevenção e combate à obesidade; e, sugerir ações de prevenção e controle da obesidade, otimizando os recursos disponíveis no próprio TRF-5ª Região, para enfrentá-la como um problema de interesse coletivo.

A metodologia utilizada incluirá um trabalho de pesquisa teórica e um trabalho de campo.

O trabalho de documentação bibliográfica compreenderá uma revisão literária acerca da obesidade. Faz-se necessário iniciar o estudo com uma análise sobre a doença, abordando-se os conceitos de diversos autores e o seu diagnóstico. Em seguida, tratar-se-á da sua etiologia, procurando-se fazer uma análise sobre suas causas. Prosseguindo, no capítulo imediato, será perquirido sobre as morbidades associadas à obesidade, ou seja, sua influência como fator de risco para outras doenças. E, num capítulo seguinte, será dado destaque ao tratamento da obesidade, enfatizando-se as modificações terapêuticas no estilo de vida dos indivíduos, bem como, as terapêuticas medicamentosa e cirúrgica – suas indicações e contra-indicações.

A pesquisa de campo, descrita em detalhes no capítulo 3, será realizada nas instalações do TRF – 5ª Região, pelas próprias autoras, com o objetivo de coletar dados que permitam o cálculo do IMC, a mensuração dos níveis de pressão arterial, bem como a identificação da idade e de hábitos de vida dos servidores, de interesse para o estudo, tais como a realização de exercícios físicos e a prática de tabagismo.

Merece ser lembrado que não é intenção das autoras esgotar o tema. Pretende-se, apenas, oferecer uma modesta contribuição ao estudo do diagnóstico e prevenção da obesidade, reunindo conceitos e opiniões de alguns autores, procurando intervir na melhoria da qualidade de vida dos servidores do TRF – 5ª Região.

1 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO

O trabalho científico será desenvolvido no Edifício Sede e Anexos I, II e III do TRF - 5ª Região – na cidade de Recife – parte integrante da Justiça Federal do Brasil.

A Justiça Federal (JF) é composta por cinco Tribunais Regionais Federais, sendo a Primeira Região sediada em Brasília, a Segunda, no Rio de Janeiro, a Terceira, em São Paulo, a Quarta, em Porto Alegre, e a Quinta, objeto deste estudo, sediada em Recife.

O TRF-5ª Região é órgão do Poder Judiciário Federal, criado pela Constituição Federal de 1988, e jurisdição definida pela Lei nº 7.727/89, sobre seis Estados da Região Nordeste, a saber: Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe, correspondendo, cada um dos Estados, a uma Seção Judiciária que compõe o Primeiro Grau da Justiça Federal na 5ª Região.

O foco da pesquisa será o quadro de servidores efetivos, requisitados e sem vínculo com a União, lotados no TRF – 5ª Região. Os servidores efetivos são aqueles que foram nomeados em virtude de habilitação em concurso público; os requisitados são aqueles que compõem o quadro de pessoal de outros órgãos públicos e que se encontram à disposição do Tribunal; e, os sem vínculo com a União são aqueles que são nomeados para exercer cargo em comissão, e que não possuem vínculo com quaisquer órgãos públicos.

O Quadro de Pessoal do TRF-5ª Região é composto de 693 servidores, sendo 319 homens e 374 mulheres, com grau de escolaridade, em sua maioria, de nível superior, e com remuneração mensal superior a 5,0 salários-mínimos.

A atividade laboral por eles exercida é burocrático-administrativa na quase totalidade, sendo cumprida uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, com expediente diário compreendido entre 8 e 18 horas.

Conforme acima mencionado, o TRF – 5ª Região tem jurisdição sobre os Estados que compõem a Região. Na área administrativa, centraliza, ainda, parte dos procedimentos das Seções Judiciárias, como são chamados os órgãos dos Estados a ele vinculados; embora cada Seccional seja dotada de autonomia administrativo-financeira, o Tribunal controla, apenas, para citar alguns exemplos, o repasse dos recursos financeiros, a política de informática a ser adotada no âmbito da Região e a

expansão física da Justiça Federal, dentro das atribuições que lhe são cometidas pelo art. 96, I, b, da Constituição Federal/1988.

A Resolução nº 37, de 10/08/2005, consolidada, que alterou as Resoluções nºs 24 e 29, de 25/05/2005 e 06/07/2005, respectivamente, todas do TRF – 5ª Região e fez publicar a sua Estrutura Organizacional, estabelece que, a Seção de Saúde, da Divisão de Assistência Médica e Social, a qual se encontra subordinada à Subsecretaria de Pessoal, parte integrante da Secretaria Administrativa, é composta por 05 (cinco) setores: Setor Médico, Setor de Odontologia, Setor de Enfermagem, Setor de Psicologia, e Setor de Assistência Social.

Os setores acima mencionados são ocupados por servidores do Quadro de Pessoal nas respectivas especialidades: Seção de Saúde = 03 (três) Médicos; Setor de Odontologia = 04 (quatro) Odontólogos; Setor de Enfermagem = 01 (um) Enfermeiro e 02 (dois) Auxiliares de Enfermagem; no Setor de Psicologia = 01 (um) Psicólogo, e no Setor de Assistência Social = 01 (um) Assistente-Social, além de 04 (quatro) Odontólogos, 03 (três) Médicos, e 05 (cinco) Auxiliares de Consultório Dentário, pertencentes a firmas terceirizadas.

Atualmente, a Seção de Saúde funciona no Anexo III, do TRF – 5ª Região, distribuído em três consultórios para o desenvolvimento das atividades médicas; quatro para as atividades de odontologia; dois para as atividades de enfermagem; um para as atividades de psicologia e um para as de assistência social.

A Assistência à Saúde dos servidores do TRF – 5ª Região compreende um Plano Privado e um Plano Interno de Saúde. O Plano Privado tem como objeto a prestação de assistência à saúde através de Seguro ou Plano ou Auto-gestão de saúde, médico-hospitalar e ambulatorial, contratados em concorrência pública. E, o Plano Interno de Saúde, de natureza complementar, tem suas ações voltadas, prioritariamente, para os tratamentos de saúde mental, obedecendo as rotinas estabelecidas em Ato do Conselho de Administração e ordem de serviço da Presidência. Por meio da Resolução nº 02, de 1º/02/2006, do Tribunal, foi regulamentado os valores e percentuais de custeio dos Planos Interno e Privado de Saúde para o exercício de 2006. No custeio do Plano Privado de Saúde é aplicado o percentual de 40% para o Tribunal e 60% para o beneficiário titular e seus dependentes. O Plano Interno de Saúde é custeado pelo Tribunal, observando-se a

disponibilidade orçamentária e a forma estabelecida em Ato do Conselho de Administração.

2 OBESIDADE

Neste capítulo proceder-se-á a abordagem da obesidade como problema de saúde e fator de risco para outras doenças, enfatizando-se o conceito segundo a visão de diversos autores, sua etiologia, e as formas de tratamento utilizadas.

2.1 CONCEITO E DIAGNÓSTICO

Definida como excesso de gordura corporal, a obesidade representa a doença metabólica mais difundida mundialmente.

É considerada a enfermidade metabólica mais antiga que se conhece (VILAR, 2006). Apesar disso, o informativo da OPAS (2003) refere que até recentemente era amplamente ignorada nas ações nacionais e internacionais de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, mesmo porque não era reconhecida como uma doença. Esse distúrbio crônico teve um aumento considerável da sua prevalência nas últimas décadas, sendo responsável, nos EUA, por aproximadamente 300 mil mortes, acarretando gastos diretos da ordem de 90 bilhões de dólares. Existem no mundo cerca de 300 milhões de obesos, devendo, este número, chegar a 600 milhões até 2025, caso não sejam tomadas medidas eficazes. Com referência ao Brasil, cerca de 40% da população adulta tem excesso de peso e 10% tem obesidade (VILAR, 2006, p. 778).

A obesidade está classificada no Código Internacional das Doenças (CID-10, 1996), no capítulo referente a Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, grupo E66. Corresponde a um estado de excesso de massa tecidual adiposa, e embora seja vista geralmente como equivalente ao aumento do peso corporal, este não precisa necessariamente estar presente. O método mais amplamente utilizado para estimar a obesidade é o índice de massa corpórea (I.M.C), que é igual ao peso/altura² (em Kg/m²), e baseado em dados sólidos da morbidade substancial, um IMC de 30 é mais comumente usado como limiar para a obesidade em homens e mulheres, sendo utilizado o termo sobrepeso e não obeso para IMC entre 25 ou 27 e 30. (BRAUNWALD e col, 2002).

Acerca do assunto, Tierney Jr. e col. (2006) citando o National Institutes of Health (NIH), define como sobrepeso o IMC compreendido entre 25 e 29,9, e estratifica a obesidade em classes, sendo: classe I quando o IMC é de 30 a 34,9, classe II, IMC de 35 a 39,9 e classe III para IMC a partir de 40.

Ao contrário da anorexia e bulimia nervosa, a obesidade é classificada, não como um transtorno psiquiátrico, mas como um transtorno clínico. (TALBOTT e col., 1992).

Apesar da OMS definir o quadro clínico de obesidade como sendo um IMC acima de 30 Kg/m², Damaso (2003) afirma que este método não indica a proporção de gordura corporal, e que a obesidade não se estabelece apenas pelo aumento de massa corporal, mas também por uma acentuada disposição de gordura no organismo de maneira generalizada ou localizada. A autora lista vários outros índices antropométricos que podem ser usados na mensuração da composição corporal, como medida de circunferências e dobras cutâneas e as relações entre esses parâmetros, como por exemplo a razão cintura/quadril. Exames sofisticados como a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética também são exemplos dados pela autora, da quantificação dos depósitos de gordura na avaliação da composição corporal. (DÂMASO, 2003).

Discorrendo sobre o diagnóstico da obesidade, Bennett e Plum (1997), afirmam que no exame clínico, a inspeção visual fornece uma estimativa subjetiva, porém razoavelmente precisa da obesidade, mas ressalta que medidas mais objetivas da mesma incluem tabelas relacionando altura e peso, índices relacionados ao peso e outras medidas antropométricas. Dentre os índices mais comumente utilizados salienta o Índice de Massa Corpórea, já descrito anteriormente neste capítulo, como o mais útil, o que é ratificado por Dâmaso (2003, 289) ao citar:

Esse índice possui a vantagem de ser de fácil aplicabilidade e de baixo custo ...como é um método simples, constitui-se em uma importante ferramenta para efetuar comparações entre populações internacionais, monitorar alterações por um determinado período em um dado país, bem como modificações associadas ao estilo de vida...Em estudos clínicos, porém, deve ser usado apenas para diagnóstico.

O quadro a seguir apresenta a classificação do peso pelo índice de massa corpórea dos indivíduos e o risco de adoecer.

Status	Classe de Obesidade	IMC (Kg/m ²)	Risco de Doença
Baixo peso		<18,5	Aumentado
Normal		18,5 – 24,9	Normal
Sobrepeso		25,0 – 29,9	Aumentado
Obesidade	I	30,0 – 34,9	Alto
Obesidade	II	35,0 – 39,9	Muito Alto
Obesidade	III	> ou = 40,0	Extremamente Alto

Quadro 1 - Classificação do Peso pelo Índice de Massa Corpórea (IMC)

Fonte: VILAR (2006, p. 778)

No caso de crianças, a caracterização da obesidade encontra algumas divergências e está menos padronizada do que para adultos. A definição mais amplamente aceita é a do IMC, porém, com expressão em percentis. Os percentis entre 85 e 95 da razão peso/altura indicam risco de sobrepeso e o percentil acima de 95 indica obesidade. (OPAS, 2003).

2.2 ETIOLOGIA

O estudo da obesidade acompanha-se de imensa importância científica, uma vez que se correlaciona com diversas potenciais patologias, aumentando o risco de mortalidade precoce. Hoje, a obesidade é encontrada em 13,3% das mulheres e 5,5% dos homens da população adulta brasileira, provavelmente decorrente de mudanças comportamentais, como nos hábitos alimentares, por maior ingestão de gordura, e menor atividade física na sociedade moderna. (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2006, [www](http://www.sociedade-brasil.org.br)).

A evolução tecnológica e as mudanças sócio-comportamentais ao longo dos anos modelaram uma população mais urbana, com hábitos alimentares determinados, sobretudo pela corrida contra o tempo, pela praticidade, pela busca a *self-service* e lanchonetes e, conseqüentemente, pela ingestão de alimentos com maior proporção de gordura saturada e açúcares. O progresso foi desenhando, no ser humano, um novo perfil no qual o desenvolvimento dos recursos tecnológicos no trabalho, no lazer e no lar, estimula atitudes cada vez mais passivas, desempenhadas com menos esforço físico. No mundo moderno, as agressões sociais geram perigos como roubos e seqüestros dentre outros, que obrigam as pessoas a permanecerem mais tempo em casa, em espaço físico muitas vezes sem disponibilidade para a realização de atividades físicas que promovam gasto energético adequado à saúde (DÂMASO, 2003).

Mas o que isso teria a ver com obesidade? A resposta está relacionada à ligação daquela morbidade com causas como o sedentarismo e a ingestão de dietas hipercalóricas (BENNETT e PLUM, 1997). Tal afirmativa é corroborada por Tierney Jr. e col. (2006), que acrescenta, além de tais fatores, a existência de evidências de

fortes influências genéticas na etiologia da obesidade. Segundo o mesmo autor, a determinação genética de alguns tipos de obesidade já foi estabelecida, e cita a existência de cinco genes relacionados à proteína leptina e seu receptor, nos quais, a ocorrência de mutações resulta na doença, ressaltando, todavia, que a maioria dos casos daquele distúrbio se desenvolve pela interação da genética com fatores ambientais e comportamentais.

Apesar de muitos dados empíricos, estudos indicam uma forte influência do papel da genética no desenvolvimento da obesidade, o que é discorrido por Dâmaso (2003) quando apresenta a possibilidade de ocorrência de apenas 7% de filhos obesos quando seus pais apresentam peso normal, aumentando essa incidência para 40% se um progenitor é obeso e até para 80% se ambos os pais o são. Segundo a mesma autora, apesar de o mecanismo genético não estar totalmente esclarecido, pesquisas têm sugerido ser pouco provável que a herança genética da obesidade seja transmitida através de um único gene, podendo estar envolvidos fatores poligênicos e multifatoriais, que tornam difícil localizar o grupamento exato de genes e/ou as mutações responsáveis por esta transferência.

Para Rosenbaum (1997), o acúmulo de tecido adiposo resulta da diferença entre a energia ingerida através dos alimentos e a energia gasta através do metabolismo orgânico e da atividade física, o que reforça a importância dos hábitos comportamentais na etiologia.

Bennett e Plum (1997, p.1282), contudo, refere pouco se saber ainda sobre a causa da obesidade, todavia, o autor concorda com Tierney Jr. e col. e Rosenbaum ao afirmar que “um indivíduo obeso apresenta aumento de ingesta e/ou gasto energético reduzido”. E sobre as causas daquela morbidade, cita algumas teorias não comprovadas cientificamente, como uma possível atração indevida dos indivíduos pelos aspectos prazerosos dos alimentos e disfunções dos sinais de *feedback* ou mau condicionamento para a saciedade. Refere, ainda, que estudos recentes comprovam que uma baixa taxa de gasto energético pode predispor à obesidade e, na mesma relação causa/efeito, chega a definir os indivíduos obesos como “econômicos” dentro do contexto de que, uma fração menor do nutriente ingerido por eles seria consumida sob a forma de calor, podendo uma maior fração ser armazenada como tecido adiposo.

Conforme Damaso (2003), a obesidade é uma doença multifatorial. Seus fatores endógenos, relacionados às características intrínsecas do indivíduo herdadas geneticamente, correspondem a 5% dos casos de obesidade, já seus fatores exógenos, relacionados ao nível de atividade física, hábitos alimentares e estresse respondem pelos outros 95%.

Segundo Talbott (1992), o estudo da fisiologia e comportamento alimentar considera a teoria dual dos centros hipotalâmicos facilitadores e inibidores do comer como parte de um amplo complexo de interações neuroreguladoras, sendo o ato de comer uma interação entre a fisiologia de um organismo e as condições ambientais.

Pode-se acrescentar ainda, que o sistema endócrino exerce um papel relevante na etiologia e manutenção da obesidade, sendo, porém, errônea a concepção de que a obesidade é freqüentemente uma desordem glandular resultante da deficiência de determinado hormônio. A maioria dos pacientes obesos não possui desordens endócrinas e nem sempre a glândula tireóide, freqüentemente mencionada, apresenta função anormal no indivíduo obeso. (DÂMASO, 2003). O sistema endócrino, todavia, traduz fatores de estilo de vida como a ingestão alimentar aumentada e a inatividade física em excesso de adiposidade associada à obesidade. (VILAR, 2006).

Ainda abordando o tema, Dâmaso (2003, p. 316) acrescenta:

Em indivíduos obesos, mudanças na secreção e na ação hormonal resultam dos efeitos do progressivo balanço calórico positivo e do excesso de adiposidade. Por outro lado, a função endócrina também é afetada pela presença de obesidade, como por exemplo em relação à secreção de insulina alterada, podendo causar diabetes mellitus tipo II". Tal afirmativa reflete o forte *feedback* na relação entre a obesidade e o sistema endócrino.

Conforme citado anteriormente, a obesidade não pode ser considerada como uma doença desencadeada por apenas um único fator e seria um erro, diante do estresse contemporâneo, não abordar o aspecto psicogênico na etiologia da mesma. A origem psicogênica da obesidade geralmente está associada a uma fase de estresse psicológico, distúrbios e ansiedade crônica, caracterizada pela alta e inadequada ingestão alimentar. A superalimentação pode funcionar como um mecanismo compensatório para a agressividade e a depressão e como mecanismo de defesa contra a interação social anormal, conflitos sexuais e exposição à possibilidade de relações pessoais inadequadas. Mais comumente, pessoas obesas queixam-se de serem incapazes de parar de comer, outras não conseguem distinguir fome de outros

estados disfóricos e comerão quando emocionalmente perturbados. (TALBOTT e col., 1992).

Wansink (2004) vai além, quando relata a existência de fatores ambientais desconhecidos pelos próprios consumidores que influenciam o volume de alimentos ingeridos por eles, e afirma que, ao contrário dos grandes recursos aplicados no estudo dos mecanismos psicológicos que interferem na escolha dos alimentos, pouco se tem investido para entender como e porque os fatores ambientais influenciam o volume de alimentos ingeridos.

Além dos fatores citados acima, pode-se relacionar a origem da obesidade ao uso de medicamentos como corticosteróides, hormônios sexuais, anabolizantes, anti-depressivos e também a agentes endógenos neurológicos como tumores hipotalâmicos e hipofisários. (DAMASO, 2003). Todavia, a redução da taxa metabólica é uma das mais freqüentes causas da obesidade, na proporção descrita por Bennett e Plum (1997) da seguinte forma: a) quanto maior a massa magra, maior o gasto calórico diário, o que pode explicar a maior adiposidade em mulheres do que em homens; b) quanto maior a temperatura corporal, maior a taxa metabólica basal, o que pode explicar, em grande parte, a maior tendência à adiposidade em indivíduos que residem em locais frios; c) a depressão diminui a atividade do sistema nervoso simpático, reduzindo a taxa metabólica basal e conseqüentemente aumentando a probabilidade de se ganhar peso; d) quanto maior a idade, menor a quantidade de massa magra e menor a taxa metabólica basal; e) quanto maior a área da superfície corporal, maior a perda de calor pela pele e maior a taxa metabólica basal, pois será necessária uma maior perda de energia para manter a temperatura corporal.

2.3 EFEITOS DA OBESIDADE SOBRE A SAÚDE DO INDIVÍDUO

Conforme mencionado anteriormente, a obesidade está associada ao aumento de ambos: morbidade e mortalidade. Um aumento de 20% ou mais de peso corporal é considerado como um alerta para a saúde, sendo a obesidade um dos principais fatores de risco para diversas doenças (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2006, [www](http://www.sociedade-brasil.org.br)), sendo as mais comuns a hipertensão arterial, diabetes

mellitus tipo II, hiperlipidemia, doença arterial coronariana, doenças articulares e desajustes psicossociais. (VILAR, 2006).

Além dessas, pode-se citar alguns tipos de câncer como os de cólon, reto, próstata, trato biliar, mama e ovário, distúrbios tromboembólicos, alterações do trato digestivo como refluxo esofágico além de déficit na função pulmonar (Tierney e Jr. e col., 2006). Segundo a OPAS (2003), o excesso de peso e a obesidade produzem efeitos metabólicos adversos sobre a pressão arterial, os níveis de colesterol e triglicerídeos no sangue e a resistência à insulina.

As estatísticas denunciam sempre a obesidade como uma vilã para a saúde das pessoas. Braunwald e col. (2002) afirma que os indivíduos obesos mórbidos têm um aumento de até 12 vezes da mortalidade e Tierney Jr. e col. (2006) que 60% dos indivíduos obesos nos EUA sofrem da síndrome metabólica. Dados da OPAS (2000, p. 5, [www](http://www.opas.org.br)) apontam o sobrepeso como responsável por 64% e 77% dos casos de diabetes tipo II em homens e mulheres respectivamente. Análises realizadas no Relatório sobre Saúde no Mundo em 2002, divulgados pela OPAS (2003, p.33) relataram que a probabilidade de se desenvolver diabetes tipo II e hipertensão arterial aumenta acentuadamente quando a pessoa fica mais gorda. Associada a adultos de idade mais avançada durante a maior parte do século XX, a hipertensão afeta, hoje, crianças obesas. A diabetes também está intimamente associada à obesidade. Aproximadamente 85% de pessoas com diabetes são do tipo II, e dessas, 90% são obesas ou têm excesso de peso.

Além das disfunções físicas, a depreciação da imagem corporal está especialmente presente nos indivíduos obesos devido à estigmatização e preconceito gerando depressão. (TALBOTT e col.,1992).

Diante de tantos números, urge ser necessário o combate à obesidade como meio de melhor controlar patologias crônicas de tamanha morbimortalidade.

2. 4 TRATAMENTO

O sucesso no tratamento da obesidade está associado tanto a um bom Programa Terapêutico como também ao desenvolvimento de alterações saudáveis no

estilo de vida. O caráter multifatorial e os aspectos sócio-culturais dessa doença sugerem que qualquer conduta estabelecida seja fundamentada em uma ação multiprofissional que respeite a individualidade nutricional, metabólica, estrutural, psicológica e fisiológica do indivíduo. (DAMASO, 2003).

Um exemplo da importância do aspecto sócio-cultural na abordagem integral ao paciente obeso é descrita por Davidson (2006) quando demonstra preocupação ao relatar a pequena convergência encontrada no entendimento do conceito de obesidade por profissionais de saúde e pelos clientes por eles assistidos.

As projeções para uma epidemia global de obesidade na próxima década, segundo um comitê de especialista da Organização Mundial de Saúde (OMS) que estudou as dimensões do problema em 1997, são tão graves, que o mesmo recomenda a adoção, com urgência, de estratégias de saúde pública para combatê-la (OPAS, 2000, [www](http://www.opas.org.br)). Essa visão é contemplada pelo texto de Mello e col. (2006) ao discorrer sobre a obesidade como um dos mais novos alvos da legislação de saúde pública nos EUA, citando algumas formas efetivas para combatê-la, e também por Lobstein e col. (2004) ao abordar a importância de políticas de controle da obesidade e sobrepeso em crianças e adolescentes. A magnitude da obesidade como problema de saúde no mundo e a intervenção através de programas de prevenção também é citada por Doak e col. (2006), ao apresentar aspectos de programas de prevenção de sobrepeso bem sucedidos na infância.

No Brasil, já estão em vigor as diretrizes para assistência ao portador de obesidade, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de co-morbidades nos níveis de atenção básica, de média e de alta complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

De modo geral, todos os textos consultados pelas autoras referentes ao tratamento da obesidade fazem menção à importância do desenvolvimento de hábitos comportamentais saudáveis. Sobre o assunto, o Relatório Mundial da OMS (2002): “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas” recomenda mudanças nos padrões de consumo e no estilo de vida, como medidas de intervenção no combate ao surgimento de condições crônicas, ressaltando, dentre outras, o combate à ingestão excessiva de alimentos e ao sedentarismo; fatores essas já citadas como predisponentes à obesidade.

Ainda sobre o tratamento da obesidade, Vilar (2006) preconiza alterações no estilo de vida através de dieta supervisionada por nutricionista, prática de atividades físicas e modificações comportamentais com acompanhamento profissional em saúde mental, acrescentando o uso de medicamentos e ou cirurgia a depender de cada paciente.

Assim como nos Programas de Qualidade de Vida, no tratamento da obesidade é fundamental a sensibilização do cliente para o auto-cuidado, estimulando-o a aprender a escolher os alimentos e as quantidades corretas a partir do aconselhamento nutricional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A prática de atividades físicas, além da orientação nutricional, constitui outro importante recurso para controle da obesidade, principalmente por poder provocar alterações no metabolismo lipídico, favorecendo a melhoria da qualidade de vida e redução dos fatores de risco mórbido associados, sendo recomendados os exercícios de intensidade moderada, de três a cinco vezes por semana, durante cinquenta a sessenta minutos por dia. (DÂMASO, 2003). A correlação entre o excesso de tecido adiposo abdominal e o alto índice de doenças cardiovasculares tem reforçado o interesse por pesquisas acerca da utilização de exercícios físicos na prevenção e tratamento desses distúrbios, conforme abordado por Kay (2006) ao analisar estudos sobre a influência da atividade física na gordura abdominal.

Afirma a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2006) que a eficácia da prática de exercícios físicos é importante não somente para a perda de peso, mas principalmente para a sua manutenção. Segundo essa Sociedade, os exercícios podem ser divididos em atividades não-programadas, que incluem a diminuição do uso do controle remoto, do uso do telefone sem fio, a não utilização de escadas rolantes, e a ida ao trabalho ou aos estudos a pé; e, atividades programadas, já acima tratado por Damaso (2003).

O Programa “Agita São Paulo” é um exemplo positivo da inclusão de alguns grupos de trabalhadores na promoção do estilo de vida saudável e está descrito por Dâmaso (2003, p. 482). O Programa analisou 35 indivíduos com idade média de 30,6 anos, funcionários do Tribunal de Justiça Federal. A avaliação inicial dos estados de comportamento com relação à atividade física mostrou que 5% estavam no estado pré-contemplativo, 43% no contemplativo e 52% eram inativos. Depois da intervenção, com orientação, palestras e atividades práticas, nenhum funcionário estava no estado

pré-contemplativo, 32% estavam no contemplativo e aumentando em 30% o número de ativos.

As empresas estão sendo impulsionadas, cada vez mais, a desenvolver ações no contexto da promoção de saúde para os trabalhadores, como resposta às demandas dos mesmos diante da concepção de qualidade de vida e sua relação com a performance laboral. A participação do empregador em ações dessa natureza é abordada por Silva e Marchi (1997) no livro intitulado “Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho”, ao exemplificar a implantação de um Programa de Alimentação Saudável no combate à obesidade.

Araújo e col. (2004) recomendam que cada empresa deve levar em consideração o diagnóstico do perfil da atividade ocupacional, de saúde e do estado nutricional dos trabalhadores para a elaboração de medidas eficazes voltadas para o planejamento de cardápios adequados, o engajamento de trabalhadores em atividades físicas orientadas nas próprias empresas e monitoramento clínico-ambulatorial dos mesmos.

Tendo em vista os fatores emocionais associados ao consumo de alimentos, atualmente dá-se maior ênfase à mudança de comportamento no tratamento, cabendo ao psicólogo como integrante da equipe multiprofissional, atuar junto ao paciente no sentido de minimizar e tratar problemas emocionais e afetivos que possam agravar possíveis distúrbios nutricionais. Para tal, novas habilidades de auxílio e psicoterapia estão sendo integradas ao tratamento da obesidade (SILVEIRA, 2000).

No atual momento histórico, o mundo enaltece, como padrão de beleza e saúde, o indivíduo eutrófico. A luta contra a obesidade e o sobrepeso tem sido vista de forma promissora pela indústria de medicamentos e de fato, a farmacologia é mais uma arma disponível.

Sobre a utilização de fármacos, Vilar (2006) ressalta que ela só se justifica em associação com orientação dietética e mudanças no estilo de vida, pois agentes farmacológicos somente ajudam a aumentar a adesão dos pacientes a mudanças nutricionais e comportamentais, e indica a terapia medicamentosa nos casos em que o paciente tem um IMC maior que 30 Kg/m² ou quando tem doenças associadas ao excesso de peso com IMC maior que 25 Kg/m², em situações nas quais o tratamento com dieta, aumento da atividade física e mudanças comportamentais provou ser

infrutífero. O autor continua na mesma linha de pensamento, afirmando que o tratamento farmacológico deve ser utilizado sob supervisão médica contínua e por si só não cura a obesidade, pois quando descontinuado ocorre reganho de peso, o que é ratificado por Braunwald (2002), que acrescenta a incidência de efeitos colaterais dos medicamentos e a indução de vício provocado pelos mesmos.

Dâmaso (2003) compartilha dos pensamentos de Vilar (2006) e acrescenta que a terapia com medicamentos é usada muitas vezes de forma inadequada, e que para grande parte dos pacientes obesos a inclusão do medicamento não seria necessária. Recomenda que os tratamentos propostos sejam desenvolvidos com parcimônia, pois os que visam resultados imediatos, com técnicas de curto prazo e dietas muitas vezes drásticas, geralmente fracassam, levando o obeso a ter sentimentos de ceticismo e frustração em relação à perda de peso, dificultando um tratamento posterior.

O quadro a seguir apresenta os medicamentos usados no tratamento da obesidade e disponíveis no Brasil em 2005:

Nome Genérico	Nome Comercial	Dose Diária
Anfepramona	Dualid S, Inibex S	75 – 150 mg
Femproporex	Desobesi M	25 – 50 mg
Mazindol	Fagolipo	1 – 4 g
Sibutramina	Reductil, Plenty	10 – 30 mg
Fluoxetina	Prozac, Daforin, Psiquial	20 – 60 mg
Sertralina	Zoloft, Tolrest	50 – 150 mg
Orlistat	Xenical	360 mg
Bupropiona	Wellbutrin SR	150 – 450 mg
Topiramato	Topamax	50 – 600 mg

Quadro 2 – Medicamentos usados no Tratamento da Obesidade – Brasil - 2005

Fonte : VILAR, 2006, p. 779

O tratamento cirúrgico da obesidade é a conduta extrema a ser adotada e está indicada de acordo com o Instituto Nacional de Saúde dos EUA, citado por Vilar (2006) e corroborado por Rosenbaum e col. (1997), nos seguintes casos: a) IMC > 40Kg/m² ou > 35Kg/m², neste último quando houver patologias associadas, cuja melhora dependa da perda de peso como hipertensão arterial e diabetes mellitus; b) Pacientes sem resposta a tratamentos clínicos especializados prévios. Normalmente o paciente deve ter entre 18 e 50 anos de idade, entretanto deve-se analisar caso a caso, já havendo, inclusive, relatos de cirurgias bem sucedidas em crianças e adolescentes. (VILAR, 2006).

Vilar (2006) também relaciona algumas contra-indicações à cirurgia em questão, tais como: úlcera péptica em atividade, câncer ou doença coronariana sintomática, doenças crônicas de origem viral (hepatites B e C ou AIDS), insuficiência renal crônica terminal e doenças psiquiátricas em surto (psicoses ou depressão grave).

Descrevendo terapêuticas usadas em endoscopia digestiva, Magalhães e col. (2005) informam que desde 1982 introduziu-se, como alternativa ao tratamento da obesidade, a idéia de se ocupar o espaço intragástrico com balões. O princípio dessa técnica consiste no estímulo precoce da saciedade tanto pela ocupação do espaço intragástrico, como pelo estímulo dos receptores de distensão gástrica.

Segundo Magalhães e col. (2005), o uso de balões intragástricos é indicado para os seguintes casos: a) pacientes com IMC > 35, refratários ao tratamento clínico ou que apresentem contra-indicações ou não aceitem o tratamento cirúrgico e apresentam doenças associadas à obesidade; b) pacientes com IMC < 35 com doença secundária à obesidade ou refratários ao tratamento clínico da obesidade por um período superior a três anos, com contra-indicações para drogas usadas no tratamento clínico ou doenças secundárias ao tratamento medicamentoso (hipertireoidismo secundário e distúrbios psiquiátricos droga-dependentes); c) preparo de pacientes com obesidade extrema (IMC > 50) para cirurgias de restrição gástrica; d) redução do risco anestesiológico ou cirúrgico (IMC extremo com doenças associadas); e) redução do risco clínico de doenças crônicas graves.

Por se tratar de um procedimento pouco invasivo, com risco muito inferior de complicações que a cirurgia bariátrica e menor custo financeiro, o uso de balão está cada vez mais sendo utilizado. Todavia, os mesmos autores também alertam que contra-indicações a esse procedimento existem e devem ser respeitadas, citando como relativas: esofagite, gastrite e duodenite erosiva, úlcera péptica gastroduodenal e a presença de H-pylori, e como absolutas: as alterações anatômicas do esôfago como estenoses e divertículos, hérnias hiatais com mais de 5cm, varizes esofagianas, cirurgia gástrica ou intestinal, uso crônico de ácido acetilsalicílico, alcoolismo e distúrbios psiquiátricos.

3 PESQUISA DE CAMPO

3.1 METODOLOGIA

A pesquisa de campo foi desenvolvida pelas autoras, que, a partir de amostragem aleatória, mediante sorteio, realizaram a aferição de peso, altura e pressão arterial em 265 servidores do TRF-5ª R, além de entrevista contendo duas perguntas fechadas, sobre a prática de exercícios físicos e tabagismo. Na ocasião, foram utilizados uma balança antropométrica, um estetoscópio, um esfigmomanômetro, e um instrumento de coleta de dados específico para registro das informações, elaborado para este fim.

Os procedimentos ocorreram nas instalações físicas do TRF-5ª R, em locais próximos a cada setor de trabalho, durante o expediente normal, sem prejuízo das atividades laborais de rotina. Para tanto, foram encaminhados documentos à Diretoria Geral, solicitando autorização para realização da pesquisa, e à Subsecretaria de Pessoal, solicitando listagem dos servidores. À Seção de Comunicação Social, da Divisão de Comunicação Social e Cerimonial, foi solicitada verbalmente a divulgação da pesquisa a ser realizada e convite à participação dos servidores, que foi feita por meio do Jornal TRF Hoje, sendo os mesmos esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

No transcorrer da pesquisa de campo, as autoras compareceram aos diversos setores, previamente à coleta de dados, com o fim de fornecer aos servidores os esclarecimentos necessários relacionados aos procedimentos adotados (entrevista e aferição de peso, altura e pressão arterial), responsabilizando-se, na ocasião, pela garantia do sigilo de todas as informações.

A pesquisa de campo possibilitou a identificação de peso e altura do universo em estudo, para determinação do IMC (Índice de Massa Corpórea), indispensável ao estabelecimento do diagnóstico proposto e adoção de medidas preventivas e de controle da obesidade.

3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados coletados por meio da pesquisa de campo foram organizados em tabelas, onde constam a distribuição das amostras em valores absolutos e percentuais, permitindo uma análise mais criteriosa dos resultados obtidos, os quais são apresentados a seguir:

Tabela 1- Distribuição geral da amostra por sexo, faixa etária, IMC, PA, tabagismo e sedentarismo

CLASSIFICAÇÃO	Nº	%
SEXO		
Masculino	113	42,6
Feminino	152	57,4
FAIXA ETÁRIA		
< 30	19	7,1
30 – 50	207	78,1
> 50	39	14,7
IMC		
Baixo Peso	04	1,5
Peso Normal	136	51,3
Sobrepeso	83	31,3
Obesid. Grau I	29	11
Obesid. Grau II	09	3,4
Obesid. Grau III	04	1,5
PRESSÃO ARTERIAL		
Normal	172	64,9
Alta	93	35,1
Tabagismo		
Sim	22	8,3
Não	243	91,7
Sedentarismo		
Não Sedentário	100	37,7
Sedentário	165	62,3

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelas autoras entre servidores do TRF 5ª Região no período de ago-out/2006.

A amostra estudada apresenta uma população do sexo feminino superior ao do masculino, com faixa etária predominante entre 30 – 50 anos, em sua maioria com peso normal, tendo, entretanto, sido observado um percentual elevado de obesidade (15,9%) e de sobrepeso (31,3%). Constitui-se, a amostra, de uma maioria de normotensos, mas, com um número elevado de hipertensos. A amostra é formada em sua quase totalidade por não fumantes, prevalecendo o estilo de vida sedentário.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por IMC e sexo

Sexo IMC	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	01	0,4	03	1,1	04	1,5
Normal	40	15,1	96	36,2	136	51,3
Sobrepeso	48	18,1	35	13,2	83	31,3
Obes. G I	16	6,1	13	4,9	29	11,0
Obes. G II	05	1,9	04	1,5	09	3,4
Obes. G III	03	1,1	01	0,4	04	1,5
Total	113	42,6	152	57,3	265	100,0

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelas autoras entre servidores do TRF 5ª Região no período de ago-out/2006.

Os dados da tabela-1 evidenciam que 136 (51,3%) indivíduos estão com peso normal, dos quais 96 (36,2%) são do sexo feminino e 40 (15,1%) são do sexo masculino. Um total de 83 (31,3%) apresenta sobrepeso, dos quais 57,8% são do sexo masculino e 42,2% são do sexo feminino. Os dados vão de encontro ao referido pela fundamentação teórica, que justifica uma tendência, no sexo feminino a apresentar IMC mais elevado do que o sexo masculino, pela maior quantidade de tecido adiposo presente na composição corporal. Deve-se acrescentar, neste caso, que a faixa etária predominante é de 30-50 anos como pode-se observar pela tabela –3, pois, tendo os indivíduos a tendência a acumular mais gordura nas idades mais elevadas, uma predominância na faixa etária acima de 50 anos para o sexo masculino, poderia ser uma hipótese para justificar o quadro encontrado. Os servidores com sobrepeso totalizam 83 (31,3%) e os obesos 42 (15,9%) da amostra, evidenciando um total de 123 (47,2%) indivíduos com IMC acima do normal, o que

se considera elevado, mas dentro dos parâmetros preocupantes já averiguados pela OPAS (2000) e citado na introdução.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por IMC e faixa etária

Faixa Etária \ IMC	< 30 anos		30 a 50 anos		> 50 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	02	0,8	02	0,8	00	-	04	1,6
Normal	13	4,9	113	42,6	10	3,8	136	51,3
Sobrepeso	03	1,1	68	25,6	12	4,5	83	31,2
Obes. G I	01	0,4	15	5,7	13	4,9	29	11,0
Obes. G II	00	-	06	2,3	03	1,1	09	3,4
Obes. G III	00	-	03	1,1	01	0,4	04	1,5
Total	19	7,2	207	78,1	39	14,7	265	100,0

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelas autoras entre servidores do TRF 5ª Região no período de ago-out/2006.

Analisando-se a relação entre IMC e faixa etária, conclui-se que a maioria dos servidores pesquisados (78,5%) encontram-se na faixa etária dos 30-50 anos, sendo, o percentual de sobrepeso correspondente a 25,6% e de obesidade graus I, II e III de 9,1%, totalizando 34,7% de indivíduos acima do peso normal. Considerando-se o grau de escolaridade e o nível sócio-econômico favoráveis da população estudada, que possibilitam atitudes pró-ativas para combate à obesidade, as autoras consideram os números encontrados elevados, apesar de estarem abaixo dos percentuais divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia para a população do Brasil, pois quando aquela entidade informa um total de 32% da população adulta de obesos, toma por amostra uma população heterogênea, incluindo a grande massa de cidadãos com pouco acesso à educação e baixo poder aquisitivo, diferentemente da amostra analisada pelo presente estudo.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por sexo e sedentarismo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não sedentários	42	15,8	58	21,9	100	37,7
Sedentários	71	26,8	94	35,4	165	62,3
Total	113	42,6	152	57,4	265	100,0

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelas autoras entre servidores do TRF 5ª Região no período de ago-out/2006

Segundo os dados apresentados nesta Tabela, a maioria da amostra (62,3%) é sedentária, verificando-se não haver uma diferença considerável entre a população masculina (26,8%) e a feminina (35,4%). Analisando-se a tabela 2 à luz da tabela 4, também não se encontra uma justificativa para o menor índice de eutróficos na população masculina do TRF-5ª Região, tendo em vista não haver uma diferença considerável de sedentarismo entre as populações masculina e feminina, dado que o sobrepeso e a obesidade tem estreito relacionamento com o sedentarismo, o que é ratificado por vários autores entre eles Tierney Jr.e col.(2006). As autoras salientam o perigo do ciclo vicioso que pode-se instalar entre obesidade e sedentarismo: quanto maior o ganho de peso, menor a prática de exercícios físicos e conseqüentemente maior o ganho de peso, num ciclo que leva o indivíduo progressivamente a acomodar-se e a adoecer.

Tabela 5 – Distribuição da amostra por IMC e tabagismo

Tabagismo IMC	Fumantes		Não Fumantes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	00	-	04	1,5	04	1,5
Normal	11	4,1	125	47,2	136	51,3
Sobrepeso	10	3,8	73	27,5	83	31,3
Obesidade G I	00	-	29	11,0	29	11,0
Obesidade G II	01	0,4	08	2,9	09	3,3
Obesidade G III	00	-	04	1,5	04	1,5
Total	22	8,3	243	91,7	265	100,0

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelas autoras entre servidores do TRF 5ª Região no período de ago-out/2006

Da análise desta tabela depreende-se que dos 22 (8,3%) fumantes, a metade tem peso normal (4,1%) e a outra metade está classificada entre sobrepeso (3,8%) e obesidade (0,4%). O baixo número de fumantes corresponde às expectativas das autoras, dada as campanhas de combate ao fumo intensificadas mundialmente nas últimas décadas. Todavia, ainda, foi encontrado na amostra analisada um indivíduo obeso fumante, o que entretanto deve ser considerado como um dado de relevância, tendo em vista o elevado risco de co-morbidades a que o mesmo está exposto. Deve-se dar atenção também ao significativo quantitativo de indivíduos fumantes e

com sobrepeso, uma vez que os mesmos, embora não obesos, apresentam também um risco acima daqueles com peso normal para co-morbididades.

Tabela 6 – Distribuição da amostra por IMC e sedentarismo

IMC \ Sedentarismo	Sedentários		Não sedentários		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	03	1,1	01	0,4	04	1,5
Normal	80	30,2	56	21,1	136	51,3
Sobrepeso	56	21,1	27	10,2	83	31,3
Obes. G I	17	6,4	12	4,6	29	11,0
Obes. G II	06	2,3	03	1,1	09	3,4
Obes. G III	03	1,1	01	0,4	04	1,5
Total	165	62,3	100	37,7	265	100,0

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelas autoras entre servidores do TRF 5ª Região no período de ago-out/2006

Conforme a tabela acima, observa-se que os servidores sedentários equivalem a 62,3% da amostra analisada, em contrapartida a 37,7% de não sedentários. Tal fato levanta a hipótese de que a falta de exercícios físicos pode estar elevando a quantidade de indivíduos com peso acima do normal. Dos 42 participantes da amostra que apresentam obesidade, verifica-se que 26 (9,8%) não praticam qualquer atividade física, o que corrobora com os dados apresentados acima. Considerando a grande quantidade de servidores sedentários e com sobrepeso (21,1%), alerta-se para o fato de que se a situação permanecer na inércia do sedentarismo como estilo de vida predominante, num futuro breve, a população estudada terá bem mais que 15,9% de obesos, pois o sobrepeso evoluirá para obesidade.

Tabela 7 – Distribuição da amostra por IMC e níveis de pressão arterial

IMC \ PA	Normal		Elevada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	03	1,1	01	0,4	04	1,5
Normal	114	43,2	22	8,3	136	51,3
Sobrepeso	41	15,5	42	15,8	83	31,3
Obes. G I	09	3,4	20	7,6	29	11,0
Obes. G II	02	0,8	07	2,6	09	3,4
Obes. G III	03	1,1	01	0,4	04	1,5
Total	172	64,9	93	35,1	265	100,0

Fonte: Pesquisa de campo realizada pelas autoras entre servidores do TRF 5ª Região no período de ago-out/2006

Para obtenção dos dados contidos nesta tabela, utilizou-se como metodologia a aferição dos níveis pressóricos no momento da coleta de dados. Observou-se que alguns servidores que apresentavam pressão arterial (PA) normal no momento da aferição são portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), controlada pelo uso de medicação. As autoras fizeram opção pela identificação dos níveis de PA no momento da coleta de dados, pela possibilidade de alguns indivíduos serem hipertensos e desconhecerem o fato, e também por considerarem importante a avaliação dos níveis tensionais dos servidores durante o desempenho das atividades laborais, o que pode refletir o impacto da estrutura organizacional do trabalho sobre a saúde do indivíduo. A classificação de HAS para essa análise respeitou os critérios adotados por Braunwald (2002). De acordo com os dados apresentados nesta tabela, 93 (35,1%) servidores, da amostra analisada, apresentou PA elevada, dos quais 28 (10,6%) correspondem a indivíduos obesos. O perigo da associação obesidade/HAS para o estabelecimento de coronariopatias já descrito por Vilar (2006) merece destaque, devendo-se considerar também que a obesidade por si só já é um dos principais fatores de risco para diversas doenças, estando entre as mais freqüentes a própria HAS. Ademais, dos 35,1% da amostra de servidores com PA elevada, 15,8% não tem obesidade, mas está na classificação de sobrepeso, o que enfatiza a questão de que não somente a obesidade, mas qualquer excesso de peso produz efeitos metabólicos adversos sobre a PA como assevera relatos da OPAS (2003) abordados no item 2.3 que trata dos efeitos da obesidade sobre a saúde o indivíduo, contido no capítulo 2 deste trabalho científico. A tríade excesso de peso/tabagismo/HAS, embora não conste especificamente em nenhuma tabela, foi constatada em 7 servidores (2,6%) da amostra analisada.

4 PROPOSTA

Tendo sido constatado um elevado índice de servidores do TRF – 5ª Região com excesso de peso, firmando-se desta forma um diagnóstico de obesidade de 15,9% e de sobrepeso de 31,3%, totalizando 47,2% de servidores com peso acima do normal, conforme os dados obtidos pela pesquisa de campo e já discutidos quando da realização da análise de dados, consideramos de fundamental importância a tomada das medidas a seguir relacionadas, contando-se com a intervenção da Instituição para a eficácia das ações:

1ª) Formação de equipe multidisciplinar direcionada especificamente ao problema da obesidade, para constituição de um programa de ação de combate à obesidade, disponibilizando-se os profissionais de saúde já existentes no Tribunal, ou seja, Médicos, Enfermeiros e Psicólogos, solicitando, ainda, a participação da Médica da Justiça Federal de Pernambuco, com Especialidade em Endocrinologia, procurando-se conscientizar os servidores da necessidade de adesão e efetiva participação no referido programa, dada a gravidade da doença;

2ª) Solicitação junto à Administração do Tribunal para a exigência de um profissional da área de Nutrição quando da ocorrência de Licitação para contratação de um novo Restaurante, no período oportuno. Tal medida possibilitaria a melhoria da qualidade, além da apresentação da quantidade de calorias em cada um dos pratos servidos, sobretudo ao público-alvo (os portadores de obesidade), uma vez que não existe Nutricionista no Quadro de Pessoal do Tribunal;

3ª) Instituição de um programa de orientação nutricional, a exemplo do que ocorre na área de Psicologia, em que existe um contrato firmado com profissionais da área de Psicologia, em um sistema de parceria, sem ônus para o Tribunal, suprimindo uma carência do Plano Privado de Saúde, que não cobre despesas com os referidos profissionais. Desta forma, os servidores seriam atendidos por um baixo custo, e teriam orientação adequada de profissionais qualificados na área de Nutrição;

4ª) Construção de uma pista de Cooper, utilizando-se o próprio espaço físico do estacionamento do Tribunal, o que já foi iniciado no mês de outubro do corrente ano. A esta ação, somar-se-ia a participação da equipe de saúde, através da avaliação clínica prévia e acompanhamento periódico para observação dos resultados obtidos de grupos inseridos em programa para realização de atividades físicas fora do horário de expediente;

5ª) Analisar a viabilidade jurídica de implantação de um espaço com equipamentos para o desenvolvimento de exercícios físicos, em área coberta do Anexo II, do TRF – 5ª Região, que, no momento, encontra-se sem utilização. A título de informação, as orientações, com relação a ambiente físico e aquisição da aparelhagem, podem ser oferecidas, sem ônus, por entidades como o SESI (Serviço Social da Indústria);

6ª) Acompanhamento multidisciplinar dos servidores inseridos em programas para combate à obesidade e sobrepeso e tratamento de co-morbidades através das ações:

- a) Avaliação clínica, estabelecimento de conduta terapêutica, respeitando as capacidades, necessidades e limitações individuais;
- b) Participação em grupos de dinâmica com Médicos, Psicólogo, Enfermeiros e Assistente-Social;
- c) Inserção dos interessados no programa de atividade física mencionado no item 4º;
- d) Encaminhamento a especialistas para acompanhamento das co-morbidades;

7ª) Instituição de ações permanentes de sensibilização quanto à importância de alteração no estilo de vida para combate à obesidade, juntamente com a Seção de Comunicação Social do TRF – 5ª Região (intranet, Jornal Mural). O objetivo seria não somente a perda ponderal de servidores obesos e com sobrepeso, mas, também, a manutenção do peso dos eutróficos e a sensibilização para o autocuidado, com estímulo à realização de exercícios não-programados, tais como: diminuir o uso de controle remoto, não usar escada rolante, utilizar escadas e não elevador, sempre que possível no ambiente, procurar deslocar-se a pé.

CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu detectar que o TRF - 5ª Região apresenta um grande número de servidores obesos e, apesar do diagnóstico de sobrepeso não ter constado como objetivo direto, tal índice mostrou-se muito elevado, podendo vir a aumentar ainda mais a prevalência da obesidade num futuro próximo.

O estilo de vida evidenciou o sedentarismo em maior proporção que a prática de exercícios físicos regulares, o que, associado ao excesso de peso, tem refletido em níveis elevados de PA. Tais evidências sugerem a necessidade premente de ações de sensibilização para a adoção de hábitos comportamentais saudáveis, tendo sido apresentado, pelas autoras, propostas para se atingir mudanças em referidos hábitos de vida. Para tanto, urge serem, os profissionais de saúde do Órgão, os agentes de mudança nesse processo para controle da obesidade, munindo-se de recursos disponíveis na própria instituição e desenvolvendo ações de intervenção, a nível individual e coletivo, além de estudos mais completos e sistemáticos acerca da saúde dos servidores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A OBESIDADE avança no Brasil. **Jornal da Cassi**, Brasília, v.49, jul./ago.2006.

ARAÚJO, Marília de Souza. et al. Programa de alimentação do trabalhador: uma abordagem reflexiva. Brasília, **Brasília Médica**, v. 41, p. 60-65, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área técnica de diabetes e hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria nº. 390, de 06/07/2005, do Ministério da Saúde que instituiu diretrizes para atenção ao paciente portador de obesidade**. Brasília-DF, 2005.

DÂMASO, Ana. **Obesidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DAVIDSON, Maryanne; KNAFL, Kathleen A. Dimensional analysis of the concept of obesity. **Journal of Advanced Nursing**, New Haven, p.342-350, oct. 2005.

DOAK, C. M; VISSCHER C. M; SEIDELL, J. C; The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. **Obesity reviews**. Oxford, United Kingdon, p. 111-116, sept. 2005.

FLIER, Jeffrey S. Obesidade. In: BRAUNWALD, Eugene. et al. **Harrison Medicina Interna**. 15ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 2002. v.1. p. 506-514.

KAY, S. J.; SINGH, Fiatarone. The influence physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. **Obesity reviews**, Oxford, United Kingdon, p.183, july. 2006.

LOBSTEIN, T; BAUR, L; UAUY, R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity reviews**, London, p.4-85, 2004. suplemento,1.

MELLO, Michele M; STUDDERT David M; BRENNAN, Troyen A. Obesity-the new frontier public health law. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, june. 2006. Disponível em: <<http://www.nejm.org>> Acesso em: 3 ago. 2006.

MENDES, René. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 3ed. São Paulo: USP, 1996. v.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico- degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Desnutrição e má nutrição**. Brasília,2000. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/foto/nutricao.htm>> Acesso em: 24 fev. 2006.

PI-SUNYER, F. Xavier. Obesidade. In: BENNETT, Claude; PLUM, Fred . **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 20ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. v.1. p.1281-1289.

ROSENBAUM, Michael; LEIBEL, Rudolph L; HIRSCH, Jules. Obesity. **New England Journal Of Medicine**, Massachusetts, v.337, n.6, p. 396-404, aug 1997.

SILVA, Marco Aurélio; MARCHI, Ricardo. **Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SILVEIRA, N. M. Uma etnografia da obesidade. In: SIMPÓSIO SUL BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: HISTÓRIA CIÊNCIA E ARTE. **Anais...** Florianópolis,2000. p.85-89.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Obesidade**. Disponível em: <<http://www.endocrinologiape.com.br.htm>> Acesso em: 04 mai. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. Endoscopia digestiva diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2005.

TALBOTT, John; HALES, Robert; YUDOFISKY, Stuart. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TIERNEY JR, L. M; McPHEE, S. J; PAPADAKIS, M. A. **Current medical diagnosis & treatment**. 5ed. San Francisco: Mc Graw-Hill, 2006.

VILAR, Lúcio. **Endocrinologia clínica**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

WANSIK, Brian. Environmental factors that Increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. **Annual Review of Nutrition**, Oxford, United Kingdon, 2004.

YANOVSKI, Susan Z.; YANOVSKI, Jack A. Obesity. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v.346, n.8, p. 591-602, feb. 2002.

APÊNDICES

A – REQUERIMENTO À DIRETORIA-GERAL

B – REQUERIMENTO À SUBSECRETARIA DE PESSOAL

C – PLANILHA UTILIZADA NA COLETA DE DADOS