

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Maria Marta Teixeira de Oliveira Couceiro

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA OBESIDADE NO GRUPO
DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS NO DISTRITO DE ITAJUTIBA-MINAS GERAIS**

**Ipatinga
2020**

Maria Marta Teixeira de Oliveira Couceiro

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA OBESIDADE NO GRUPO DE
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS NO DISTRITO DE ITAJUTIBA-MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Regina Maura
Rezende

Ipatinga

2020

Maria Marta Teixeira De Oliveira Couceiro

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA OBESIDADE NO GRUPO
DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS NO DISTRITO DE ITAJUTIBA-MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a) Dra. Regina Maura Rezende

Banca examinadora

Professora Dra. Regina Maura Rezende- UFTM

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de outubro de 2020

Dedico

Ao meu esposo Leandro Couceiro e aos meus filhos Heitor, Gustavo e Mariana Teixeira Couceiro, que sempre me apoiaram incondicionalmente em toda essa jornada, com paciência e compreensão.

Aos meus pais Camilo Martins e Maria Das Graças Teixeira que sempre torceram pela minha vitória.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida e por estar sempre presente.

Aos meus familiares pela presença constante.

Aos meus colegas da Esf Itajutiba.

À minha orientadora pela colaboração. Enfim, a todos!

“Há homens que lutam um dia e são bons há outros que lutam muitos dias e são melhores, mas há os que lutam toda a vida, e estes são imprescindíveis”.

Bertolt Brecht

RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial que pode aumentar a morbidade de outras doenças, isto ocorre devido a efeitos metabólicos adversos nos níveis lipídicos, pressóricos e na resistência à insulina. No município de Inhapim-Minas Gerais, evidenciou-se nos diabéticos e hipertensos excesso de peso ou obesidade, o que condiz com a prevalência do sobrepeso e obesidade no Brasil, conseqüentemente crescendo o número de doenças, principalmente as de ordem cardiovascular. Assim, o presente projeto tem como objetivo elaborar projeto de intervenção que impacte e promova a redução do IMC e incentive a realização de atividade física na comunidade rural atendida pela Estratégia Saúde da Família de Itajutiba na cidade de Inhapim em Minas Gerais. Através de Planejamento Estratégico Situacional, classificamos e priorizamos o problema, elaboramos o plano de intervenção, que será realizado com a população e foi fundamentado em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Estratégia Saúde da Família, Obesidade e Educação em Saúde. Espera-se com a implantação e implementação das operações e projetos planejados alcançar resultados efetivos, dentre os quais: mudanças nos hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, conhecimentos sobre os riscos de obesidade e, assim, melhoria na qualidade de vida da população atendida pela equipe de saúde Itajutiba.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Obesidade. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease that can increase the morbidity of other diseases, this is due to adverse metabolic effects on lipid, blood pressure and insulin resistance. In the municipality of Inhapim-Minas Gerais, diabetic and hypertensive individuals were overweight or obese, which is consistent with the prevalence of overweight and obesity in Brazil, consequently increasing the number of diseases, especially those of a cardiovascular nature. Thus, the present project aims to develop an intervention project that impacts and promotes the reduction of BMI and encourages physical activity in the rural community served by the Itajutiba Family Health Strategy in the city of Inhapim in Minas Gerais. Through Situational Strategic Planning, we classify and prioritize the problem, elaborate the intervention plan, which will be carried out with the population and was based on bibliographic research carried out at the Virtual Health Library, with the descriptors: Family Health Strategy, Obesity and Education in Health. The implementation and implementation of the planned operations and projects is expected to achieve effective results, including: changes in eating habits, physical activity practices, knowledge about the obesity risks and, thus, improvement in the population's quality of life. attended by the Itajutiba health team.

Keywords: Family Health Strategy. Obesity. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família de Itajutiba, Unidade Básica de Saúde, município de Inhapim, estado de Minas Gerais.	15
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Itajutiba, do município Inhapim, estado de Minas Gerais.	25
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixo nível de informação sobre o risco da obesidade para a saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Itajutiba, do município Inhapim, estado de Minas Gerais,	27
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Escassez de lugares para comprar verdura, legumes e frutas na comunidade.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Itajutiba, do município Inhapim, estado de Minas Gerais,	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
Esf	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ESF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PSF	Programa saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade	13
1.4 A Equipe de Saúde da Família Itajutiba da Unidade Básica de Itajutiba	13
1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Itajutiba	14
1.6 O dia a dia da equipe Itajutiba -	14
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.8. Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral -	17
3.2 Objetivos específicos –	17
4 METODOLOGIA –	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA –	19
5.1 Estratégia saúde da família	19
5.2 Definição de obesidade	20
5.3 Obesidade e seus riscos	20
5.4 Tratamento da obesidade	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	22
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	23
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Inhapim, uma cidade 24.294 habitantes, localizada na região sudeste, no estado de Minas Gerais, possui área territorial de 858.024km² , com altitude 19.530 acima do nível do mar. A cidade vive da agricultura, e de pequenos pecuaristas e do comércio local, e, em 2018, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12,6%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 43% da população nessas condições (IBGE, 2019).

O município apresenta 47.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 74.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização, e 43.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada com presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2019).

A cidade realiza, em todos os segundos sábados de cada mês, cultura na praça, que constitui em um evento que reúne a população e conta com presença de cantores locais, artesãs e artesãos, brincadeiras e diversão para a criançada; ocorre todos os anos no mês de setembro a tradicional e conhecida Festa do Inhame. O município preserva as festas religiosas de Semana Santa e Corpus Christi.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 3,91 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2.8 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2019).

A área de saúde é referência para consultas e exames de média complexidade. Há cerca de 25 anos o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica, e conta hoje com três equipes na zona urbana e sete equipes na zona rural. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a extensão geográfica do município, que dificulta a atenção integrada; outra, é a rotatividade de médicos nas áreas rurais.

1.2 O sistema municipal de saúde

A Atenção Primária tem a Estratégia Saúde da Família como estruturante para sua organização, tendo como principal desafio promover a orientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, e é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

As 10 equipes da ESF atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (INHAPIM, 2017).

A atenção especializada representa o conjunto de procedimentos de alta tecnologia e alto custo e os serviços qualificados. A Média Complexidade Ambulatorial envolve a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação que pelo caráter complementar a Atenção Básica é de extrema relevância na redução da demanda para a alta complexidade (INHAPIM, 2017)

O município é responsável por alguns procedimentos e atendimentos de média complexidade ambulatorial: Patologia Clínica, Radiodiagnóstico, Ultrassonografia, Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Angiologia, Dermatologia, Cardiologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, entre outros, além de especialidades básicas. O acesso à assistência especializada ocorre a partir da referência realizadas pelas Unidades Saúde da família. (INHAPIM, 2017).

O encaminhamento para a alta complexidade são feitos por meio de referências e contrarreferências de urgência dimensionadas para os municípios de Ipatinga e Belo Horizonte de acordo com as especialidades: Cardiologia, Urologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Nefrologia, Neurologia Clínica, Neurologia Cirúrgica, Oncologia Clínica, Cirúrgica, Mastologia e outros.

A assistência de urgência e emergência é realizada pelo Centro Municipal de Saúde de Inhapim, pelo Pronto Atendimento do Hospital São Sebastião de Inhapim, pelo Pronto Atendimento Municipal de Caratinga e pelo Pronto Socorro do Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga.

1.3 Aspectos da comunidade

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) os distritos de Itajutiba e Bom Jesus do Rio Preto, juntamente com o córrego de São José do Peixe é uma comunidade de cerca de 2.280 habitantes, localizada na Zona rural de Inhapim, que se formou, principalmente, a partir do êxodo rural ocorrido na década de 1938, devido ao avanço do plantio de cana de açúcar e produção de rapadura.

Hoje, a população vive basicamente da agropecuária, e de benefício de aposentadoria. Possui uma estrutura de saneamento básico na comunidade, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. A maior parte da comunidade vive em moradias bem estruturadas de alvenaria, com energia elétrica e com seus eletroeletrônicos. O analfabetismo é elevado, sobretudo nos indivíduos maiores de 50 anos. No total, a área possui cinco escolas, duas associações de moradores de bairro, uma unidade com dois pontos de atendimentos de ESF, três igrejas católicas e quatro igrejas evangélicas. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Itajutiba da Unidade Básica de Saúde Itajutiba

A Unidade Básica de Saúde do ESF Itajutiba atende a população há mais de 25 anos, e os três pontos de atendimento estão situados nas ruas principais de cada distrito. São instalações próprias, com cerca de oito cômodos, possuem rol (ante sala) de recepção, recepção, sala de vacinação, sala de curativo, sala da enfermagem, sala do médico, almoxarifado, cozinhas e banheiros. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Não existe espaço nem cadeiras para todos, alguns aguardam o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada

nas discussões sobre humanização do atendimento. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salas da unidade.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, a qual está bem equipada, com medicação para uso em casos de urgências, e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém, funcionava com poucos instrumentais cirúrgicos para pequenas cirurgias e curativos.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Itajutiba

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 16:00 horas, e é necessário o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS) e técnicos de enfermagem, que se revezam durante a semana, seguindo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, recepção e arquivo, e, o fechamento da própria unidade.

A equipe é constituída por uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma cirurgiã dentista, um auxiliar de dentista, três agentes de entrega de correspondência do correio que também realizam a limpeza da unidade todos os dias da semana e seis agentes comunitários de saúde. Já a atenção Médica ocorre duas vezes por semana nas unidades de Itajutiba e Bom Jesus; e uma vez, na unidade do distrito de São José do Peixe.

1.6 O dia a dia da equipe Itajutiba

Na unidade de Itajutiba a equipe trabalha em forma de acolhimento, o atendimento médico é programado (maior parte), e espontâneo, já que há dias de atenção médica para cada unidade. Temos atendimento de programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, foi planejado pela equipe, e esta realiza a cada dois meses, e a comunidade aderiu e participa de forma ativa nas reuniões. Realiza-se, também, grupos para adolescentes e saúde mental, e, nesses grupos o número de participantes é reduzido. As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, e quando solicitado, em situação de urgência. Ocorrem, constantemente, situações conflitantes devido à

falta de planejamento, que torna a logística diária, às vezes cansativa, no que se refere à agilidade da atenção.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O grande problema encontrado na saúde do território de abrangência sob responsabilidade da Equipe Itajutiba, é o alto índice de indivíduos adultos e idosos que estão com o Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 25%, e que possuem hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*.

1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da família de Itajutiba, Unidade Básica de Saúde, município de Inhapim, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Obesidade	Alta	10	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	10	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Média	6	Parcial	3
Fumantes	Média	4	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria, 2020.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Pela aplicação dos critérios de priorização pode-se verificar que o problema mais relevante que a equipe tem capacidade de enfrentamento foi a obesidade.

2 JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) estima que até 2025 pelo menos 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal acima de 30.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada de acordo com a pesquisa de vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2018, aproximadamente 55,4% da população brasileira está com sobrepeso e 19,8% está obesa. (BRASIL, 2018)

Há grande prevalência da obesidade como fator de risco cardiovascular e o que mais se associa a pacientes com doenças crônicas como a hipertensão e Diabetes Mellitos, e que aportam a causa de óbitos na área adscrita.

A partir do Diagnóstico Situacional foi verificado que a obesidade vem ganhando espaço junto aos pacientes hipertensos e diabéticos nos últimos tempos, em pacientes com faixa etária entre 20 a 80 anos. A partir, do grupo de hiperlipidemia da comunidade adscrita dos 20 participantes, 25% foram do sexo masculino, 75% do sexo feminino, obtivemos um total de 45% de pacientes com sobrepeso IMC entre 25-29,9, 45% de pacientes com obesidade IMC >30 e 10% com IMC normal entre 18,5 e 24,9.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve que a obesidade deve ser compreendida como um agravo resultante do balanço energético positivo que contribui para o acúmulo de gordura, associada a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como hipertensão, aumento dos níveis de colesterol e triglicérides e resistência à insulina. Diversos fatores podem influenciar neste desequilíbrio energético e facilitar o excesso de peso, devido a causa de a obesidade ser complexa, multifatorial e resultar da interação de genes, ambientes, estilo de vida e fatores emocionais (ABESO, 2016)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção que impacte e promova a redução do IMC e incentive a realização de atividade física na comunidade rural atendida pela Estratégia Saúde da Família de Itajutiba na cidade de Inhapim em Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Incentivar a comunidade (a cada família) fazer sua própria horta ou criar um projeto de uma horta comunitária.
- Estabelecer parcerias com a Rádio local para promover orientações acerca da alimentação saudável e seus benefícios.
- Formar dois grupos de caminhada diária (matutino e vespertino), acompanhados de atividade física semanal com professor de educação física.
- Criar grupos de orientação nutricional na unidade.

4 METODOLOGIA

Para a realização do presente projeto de intervenção foi utilizado o Método da Estimativa Rápida para levantar os problemas existentes no território da unidade básica de saúde, e sua relevância de acordo com o grau de governança que a equipe tem sobre eles. Foi também utilizado Planejamento Estratégico Situacional (PES) para classificar e priorizar os problemas identificados no diagnóstico situacional, bem como definir o problema prioritário, sobre o qual será elaborado o plano de intervenção/plano de ação do problema prioritário de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017)

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde e do Nescon e documentos de órgãos públicos (Ministérios, Secretarias, etc.) para revisão bibliográfica, Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes descritores:

- Estratégia Saúde da Família
- Obesidade.
- Educação em Saúde

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a principal estratégia prática e de reorganização da APS implementada em 1994 consistiu no Programa de Saúde da Família (PSF), denominado posteriormente de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF propõe que a atenção a saúde seja centrada na família, o que coloca os profissionais de saúde em contato direto com a população, permitindo-lhes maior compreensão das necessidades de saúde das pessoas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS)

[...] inserida no Brasil como uma proposta ético-político-pedagógica, tem como objetivo transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial também no cenário da ESF. A EPS visa fortalecer as práticas em APS e o modelo de atenção à saúde vigente no País considerando o trabalho articulado entre as esferas de gestão, as instituições de ensino, o serviço e a comunidade (FORTUNA; MATUMOTO; PEREIRA 2013 *apud* FERREIRA *et al.*, 2019, p. 224).

Nos moldes da APS, a ESF volta-se para promoção da saúde nas comunidades, garantindo a todos o direito de acesso, equânime e integral, aos serviços de saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No âmbito do SUS, em 2006, a publicação de um Caderno de Atenção Básica específico sobre o tema obesidade, enfatizou aspectos individuais tanto na configuração do problema quanto no seu enfrentamento, mas também sugeriu estratégias coletivas de promoção da alimentação saudável. Outros documentos do Ministério da Saúde reforçam a abordagem assistencial e individualizada (BRASIL, 2006).

Em 2014, um novo Caderno de Atenção Básica detalhou a construção da linha de cuidado para obesidade no âmbito da atenção básica e, secundariamente, destacou ações de promoção da saúde. A análise dos Cadernos de Atenção Básica e dos documentos publicados nesse intervalo de tempo indica uma preocupação crescente

do Ministério da Saúde em organizar ações de enfrentamento da obesidade na atenção básica (BRASIL, 2014).

5.2 Definição de obesidade

A obesidade é uma doença crônica, complexa e multifatorial que ocorre principalmente quando há uma desregulação positiva do balanço energético que promove acúmulo de lipídeos, principalmente triglicerídeos por uma dada extensão corporal (SANZ; SANTACRUZ; GAUFFIN, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a obesidade baseando-se no índice de massa corporal (IMC) definido pelo cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = kg/h^2(m)$), e pelo risco de mortalidade associada. A obesidade é caracterizada quando o IMC encontra-se acima de $30 kg/m^2$. A OMS define a gravidade da obesidade em: grau I (moderado excesso de peso) quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9 kg/m^2$; a obesidade grau II (obesidade leve ou moderada) com IMC entre 35 e $39,9 kg/m^2$ e, por fim, obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual IMC ultrapassa $40 kg/m^2$ (OMS,2008, *apud* TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p.360)

O sedentarismo e os maus hábitos têm como resultado a obesidade; os indivíduos se movimentam cada vez menos nas atividades da vida diária, não dedicam tempo para atividades físicas regulares, por causa das ocupações habituais, além de usarem a praticidade na alimentação que muitas vezes implica em lanches que substituem as refeições tradicionais, gerando obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2012).

5.3 Obesidades e seus riscos

“Dentre as comorbidades associadas à obesidade está a dislipidemia” (FONSECA et al. 2002 *apud* JARDIM, 2014, p.12). Nesse sentido,

[...] a resistência à insulina predispõe, também, à hipertrigliceridemia, por causa do aumento da síntese hepática de VLDL. Não há relação causal conhecida entre obesidade e hipercolesterolemia, e as alterações do colesterol são menos evidentes, sendo relativamente comum a observação de obesos mórbidos com colesterol total normal. As alterações mais comumente observadas são diminuição do HDL-colesterol e o aumento da proporção de partículas LDL pequenas e densas. A dislipidemia contribui para aumentar o risco cardiovascular nos obesos (JARDIM, 2014, p.12).

“O excesso de peso também pode causar problemas emocionais como: ansiedade, angústia, fobia, compulsão alimentar (satisfação, punição, frustração), depressão, podendo chegar ao isolamento e até ao suicídio” (YUNG, 2001 *apud* JARDIM, 2014, p.10)

5.4 Tratamento da obesidade

O tratamento da obesidade inclui mudanças de comportamento tais como: dieta, exercício associado às vezes com tratamento farmacológico ou até tratamento cirúrgico.

A avaliação psicológica é essencial no acompanhamento do paciente obeso, visto que muitos com obesidade grave apresentam sinais depressivos e altos níveis de ansiedade. Importante acrescentar que a baixa autoestima pode comprometer a vida social, causando tendência a comportamento de risco e isolamento (CARDOSO *et al.*, 2010 *apud* JARDIM, 2014, p.10).

Deste modo, o cuidado em saúde deverá ser constituído a partir de relações entre usuários e equipe multidisciplinar, a partir do uso de tecnologias simples como acolhimento, vínculo com a comunidade e corresponsabilidade. Nesse sentido ainda, cabe destacar o importante protagonismo da família, a qual deve ser envolvida no processo por meio de atendimentos individualizados e educação em saúde, objetivando inclusive, capacitá-la para o entendimento e apreensão dos aspectos que envolvem o tema central, para que esta passe a figurar como co-adjuvante no processo do plano e tratamento, bem como no auto cuidado do paciente. (MARTINS; AZEVEDO; AFONSO, 2018).

Ampliar a concepção restrita da obesidade como doença e propor medidas ambientais têm se tornado um imperativo diante da baixa resolutividade das intervenções focadas apenas no corpo e no atendimento individualizado. Estratégias que ultrapassem o âmbito de ação do setor saúde são necessárias, dadas as dificuldades em universalizar medidas individualizadas (como intervenções cirúrgicas), além dos limites que os próprios indivíduos enfrentam para modificar suas “escolhas” pessoais (alimentares ou de prática de atividade física) em contextos adversos à adoção de práticas saudáveis (DIAS *et al.*, 2017, p.4).

“Nesse sentido, a abordagem da obesidade na perspectiva da promoção da saúde contribui para pensar o problema em uma ótica referenciada não apenas na doença e no tratamento”(DIAS *et al.* 2017, p.4)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado Obesidade para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

No território de abrangência da UBS estão cadastrados 1099 indivíduos entre 20 a 80 anos, 557 do sexo feminino e 542 do sexo masculino, sendo que 330 sofrem Hipertensão Arterial e 142 de Diabetes Mellitos. A faixa etária de maior abrangência foi entre indivíduos 40 a 80 anos.

Levando em consideração o grupo amostragem e através das observações diárias mais de 60% do grupo de diabéticos e hipertensos estão com sobrepeso ou obesos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O problema é produzido principalmente pelo excesso da ingestão de alimentos ricos em lipídios, próprios da culinária da região, e, outra é a frequência alimentar, que na grande maioria é feita duas vezes por dia, e, não possuem conhecimento da importância das alimentações fracionadas. A pobreza em verduras, legumes e frutas, torna a dieta deficiente em nutrientes, e ainda contribui na ingestão de maior quantidade de carboidratos. Outro problema é o sedentarismo, a maioria da população não realiza nenhuma atividade física diária, os distritos não possuem áreas que estimulem e propiciem um ambiente para a prática de exercícios, caminhadas e alongamentos. Como consequência temos adultos e idosos com índice de massa corporal igual e maior que 25%.

Após a realização do grupo de hiperperdia na unidade de Itajutiba, tendo como participantes indivíduos que possuem diagnóstico e que fazem uso de medicação contínua para hipertensão arterial, diabetes Mellitos ou ambos, foram coletadas das medidas atuais de altura e peso e calculado o IMC, obtivemos os seguintes resultados, 45% dos indivíduos apresentaram sobrepeso, 45% com obesidade e 10% com índice de massa corporal normal.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após análise pela equipe, foram selecionados os seguintes “nós críticos”, a saber:

- Maus hábitos alimentares e estilos de vida.
- Baixo nível de informação da população sobre o risco da obesidade para a saúde o que dificulta a aceitação das indicações médicas;
- Escassez de lugares para comprar verduras, legumes e frutas na comunidade.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Maus hábitos alimentares e sedentarismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Itajutiba, do município Inhapim, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Maus hábitos alimentares e sedentarismo.
6º passo: operação (operações)	Aumentar o conhecimento dos usuários; Orientar acerca dos efeitos provindos de uma alimentação desequilibrada e o sedentarismo. Promover saúde
6º passo: projeto	<i>Vida e Saúde.</i>
6º passo: resultados esperados	Diminuir o IMC dos indivíduos do grupo e aumentar a frequência de atividade física para três dias da semana. Que a área de abrangência tenha informação ampla das complicações e efeitos colaterais de uma alimentação não balanceada e um vida sedentária.
6º passo: produtos esperados	Consulta médica e de enfermagem. Visitas domiciliares e nas microáreas de indivíduos de maior vulnerabilidade de forma sistemática; Formar grupos operativos.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Transmitir conhecimento sobre o assunto e planejar estratégias que contribuam para uma escolha inteligente de alimentos respeitando as quantidades de cada grupo da cadeia alimentar e a prática semanal de caminhada. Financeiro: Adquirir recursos econômicos para realizar o projeto como folhetos, folders, banner sobre o assunto. Político: Planejar um trabalho entre a ESF e comunidade.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Transmitir e elaborar propostas de alimentação saudável e de atividade física. Político: Divulgar e pleitear o projeto com a gestão municipal para fornecer recursos para obter materiais necessários, dispor de espaços físicos e profissionais capacitados para capacitar a comunidade. Financeiro: Adquirir materiais e equipamentos como folhetos e cartazes educativos, vídeos para transmitir o conhecimento para a comunidade.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Saúde – favorável Assistência social – favorável Realizar palestras educativas e práticas com os profissionais de nutrição e de educação física. Será realizada duas palestras no mês (primeira quinzena nutrição e segunda educação física), totalizando seis encontros. palestras.

	<p>Forma pequenos grupos com indivíduos com obesidades grau dois e três, para discutir as experiências com apoio da psicóloga.</p> <p>Capacitar a comunidade e os que sofrem com sobrepeso e obesidade da importância da alimentação balanceada e do exercício físico para diminuição dos riscos de complicações cardiovasculares.</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Nutricionista, Profissional de Educação Física e psicóloga</p> <p>4 meses para iniciar as atividades.</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Monitoramento e as avaliações devem ser realizadas por meio de reuniões com todos os integrantes para discutir e planejar os problemas identificados durante o desenvolvimento do projeto, após a identificação dos problemas, as correções correspondentes serão realizadas através do grau de dificuldade, a partir de cada alteração que irá ser realizada.</p> <p>Novo prazo 7 meses</p>

Fonte: Autoria Própria, 2020.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Baixo nível de informação sobre o riscos da obesidade para a saúde ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Itajutiba, do município Inhapim Estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo nível de informação da população sobre o risco da obesidade para a saúde o que dificulta a aceitação das indicações médicas
6º passo: operação (operações)	Criar plano de interação entre medidas não farmacológicas com as farmacológicas nos pacientes diabéticos e hipertensos com sobrepeso e obesidade. Aumentar o conhecimento de como atuam os medicamentos no processo de tratamento da diabetes e hipertensão.
6º passo: projeto	<i>Informação é vida</i>
6º passo: resultados esperados	Mudança de conduta alimentar e melhor adesão aos tratamentos medicamentosos de uso contínuo.
6º passo: produtos esperados	Índices de sobrepeso e obesidade da população adscrita diminuídos e redução das complicações da diabetes e hipertensão.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Discutir com os usuários sobre o assunto e planejar estratégias para diminuir os índices de sobrepeso e obesidades. Financeiro: Adquirir recursos para econômicos, realizar o projeto. Político: Participação da comunidade com apoio da gestão municipal.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Aumentar conhecimento da população sobre os riscos cardiovascular no indivíduo com sobrepeso e com obesidades Político: Divulgar o projeto com a gestão municipal para fornecer recursos para obter materiais necessário Financeiro: Adquirir recursos para realizar o projeto como folhetos e cartazes.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de saúde Realizar palestras educativas por profissional de saúde nas três unidades. Capacitar à comunidade e os indivíduos que sofrem de obesidade.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico Prazo de 3 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento a as avaliações devem ser realizadas por meio de reuniões com todos os integrantes para discutir e planejar os problemas identificados durante o desenvolvimento do projeto, após a identificação dos problemas, as correções correspondentes serão realizadas através do grau de dificuldade, a partir de cada alteração que irá ser realizada. Novo prazo: 6 meses

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Escassez de lugares na comunidade para comprar verduras, legumes e frutas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Itajutiba do município Itajutiba, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Escassez de lugares para comprar verduras, legumes e frutas na comunidade.
6º passo: operação (operações)	Aumentar o conhecimento do benefício dos vegetais na dieta alimentar, e possíveis sequelas da ingesta pobre de verduras e legumes. Incentivar a comunidades a ter sua própria horta.
6º passo: projeto	<i>Horta para todos</i>
6º passo: resultados esperados	Mais famílias cultivando suas verduras e legumes.
6º passo: produtos esperados	Aumento na ingesta de verduras e legumes na população.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Realizar palestras para orientar fazer uma horta. Financeiro: Recursos para investir em divulgação, e recursos para comprar de material para palestras e o cultivo como semente e mudas. Político: Apoio da secretaria de saúde e educação, para disponibiliza lugar e pessoas para orientação de manejo de cultivo.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Capacitar a comunidade e equipe sobre o tema. Político: Participação da comunidade com apoio da gestão municipal. Financeiro: Recurso para investir em divulgação e no cultivo.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de saúde Realizar grupo para ensinar técnicas de plantio e cultivo. Estimular a participação das famílias da comunidade pelo menos em 50%.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermagem. Prazo de 5 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento a as avaliações devem ser realizadas por meio de reuniões com todos os integrantes para discutir e planejar os problemas identificados durante o desenvolvimento do projeto, após a identificação dos problemas, as correções correspondentes serão realizadas através do grau de dificuldade, a partir de cada alteração que irá ser realizada. Novo prazo 8 meses.

Fonte: Autoria Própria, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde para as pessoas com sobrepeso e obesidade tem destaque neste trabalho, fazendo-se importante abordar este tema nas atividades com os usuários, pois o excesso de peso acarreta diversos prejuízos à saúde, além de ser uma condição potencialmente evitável.

O presente projeto de intervenção tem como objetivo conscientizar o grupo de diabéticos e hipertensos da comunidade dos riscos da obesidade e sobrepeso, para que se empodere do cuidado de saúde e atue como multiplicador de conhecimento sobre saúde. Utilizando a influência que exercem na família e sobre os outros, criaremos uma comunidade mais permeável a uma cultura de educação em saúde.

Nossa função como ESF é conscientizar a população de referência sobre os fatores de risco e a realização de medidas de prevenção e diagnóstico dos agravos a saúde de cada usuário. A realização de planejamento estratégico situacional para atuar de forma estruturada nas situações encontradas na área de abrangência, bem com a inter-relação com outros setores de saúde, para formar parcerias e distribuir experiências, poderá auxiliar no alcance de resultados que beneficiem a comunidade de forma geral, assim como poderemos contribuir para que o sistema possa ficar menos sobrecarregado como ações na perspectiva secundária a terciária.

Realizamos este trabalho para avançar no processo de saúde na comunidade, pois consideramos que através da educação em saúde, podemos ampliar o conhecimento dos riscos da obesidade, assim como também incentivar mudanças nos hábitos físicos e alimentares. Deste modo, esperamos que por meio do projeto de intervenção haja redução do número de pacientes obesos na unidade, ainda estabilização dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes e melhora dos hábitos de vida.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4.ed. São Paulo, SP. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Obesidade**. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 12)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Política Nacional de atenção Básica**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L **Iniciação à metodologia**: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017.

DIAS, P. C. *et al* . Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 7, e00006016, 2017

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. [HTTPS://WWW.NESCON.MEDICINA.UFMG.BR/BIBLIOTECA/IMAGEM](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem). Acesso em: 14 mai. 2020.

FERREIRA, L. *et al* . Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 120, p. 223-239, Mar. 2019

INHAPIM. Prefeitura Municipal de Inhapim. **Plano Municipal de Saude.**, 2017/2020. Disponível em: www.inhapim.mg.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE cidades. **Inhapim**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/inhapim/panorama> Acesso em: 2 mai. 2020.

JARDIM, E.D. Revisão de Literatura- A Temática da Obesidade e a Assistência de Enfermagem Frente à Doença. 2014. 30f. Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) . Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis –SC, 2014.

MARTINS, P.L.; AZEVEDO, C.S.; AFONSO, S. B. C. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 1218-1229, out. 2018

OLIVEIRA, M. A.C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013

SANZ, Y.; SANTACRUZ, A.; GAUFFIN, P. Gut microbiota in obesity and metabolic disorders. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 69,n.3, p. 434-441, Aug. 2010.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M.O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**. v.20, n.3, p. 359-366, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Body mass index classification - report of a WHO consultai-o on obesity. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854. [Citado em 2008 dez.13]. Disponível em: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html