

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALAIN DOMINGUEZ FREIRE

**ABORDAGEM DA OBESIDADE EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2015

ALAIN DOMINGUEZ FREIRE

**ABORDAGEM DA OBESIDADE EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2015

ALAIN DOMINGUEZ FREIRE

ABORDAGEM DA OBESIDADE EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Banca examinadora

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano - Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 08 de agosto de 2015.

RESUMO

A obesidade tem sido definida como uma epidemia que atinge tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, entre eles o Brasil. É responsável por aumentar a morbidade e a mortalidade, sobretudo por doenças cardiovasculares. O objetivo deste estudo foi elaborar um plano de intervenção educativa para o controle da obesidade na população de Marimbá, município de Betim/Minas Gerais. Para a pesquisa bibliográfica utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de livros, manuais e protocolos do Ministério da Saúde. Após a revisão bibliográfica, elaborou-se o plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional. Foi proposta intervenção educativa voltada para o controle dos principais fatores ambientais / exógenos contribuintes da obesidade, principalmente relacionados ao o sedentarismo e as modificações dietéticas. Espera-se com este trabalho a minimização da obesidade na área adscrita da Estratégia Saúde da Família e a melhoria da qualidade de vida dos usuários obesos.

Descritores: Obesidade. Educação em saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Obesity has been defined as an epidemic that affects both developed and developing countries, including Brazil. It is responsible for increasing morbidity and mortality, particularly cardiovascular diseases. The objective of this study is to draw up an educational intervention plan for the control of obesity in the population of Marimbá, municipality of Betim / MG. For the literature used the Virtual Health Library (BVS), the database Scientific Electronic Library Online (SciELO), as well as books, manuals and Ministry of Health protocols. After the literature review, prepared the plan intervention based on the Situational Strategic Planning. It was educational intervention aimed proposal for the control of the main environmental factors / exogenous obesity taxpayers, mainly related to a sedentary lifestyle and dietary modifications. It is hoped that this work minimizing the obesity enrolled area of the Family Health Strategy and improving the quality of life of obese users.

Key words: Obesity. Health education. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	28

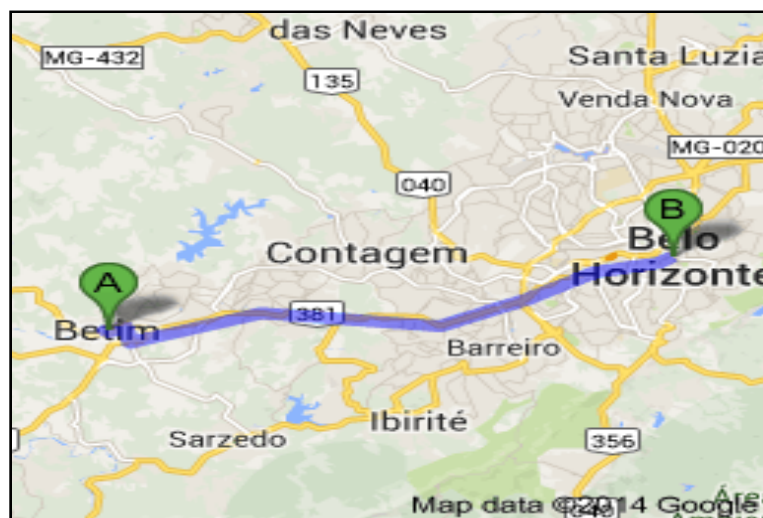
1 INTRODUÇÃO

A obesidade é atualmente considerada um grave problema de saúde pública. A prevalência desse agravo está em elevação em todo o mundo. No Brasil, acompanha a transição epidemiológica e nutricional, onde prevalecem as doenças crônicas, em detrimento aos agravos infecto-contagiosos e a condição de desnutrição (SOUZA *et al.*, 2014).

No Município de Betim, local em que atuo como médico e aluno do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a condição de obesidade segue o padrão mundial de elevada prevalência.

O município encontra-se localizado a sudoeste da capital Belo Horizonte, a 31 km de distância, conforme o Mapa 1.

Mapa 1: Localização do Município de Betim em relação à Capital Belo Horizonte, Minas Gerais.



Fonte: Google Maps

De acordo com dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população betinense atual é em média de 388.873 habitantes e possui índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,749, considerado alto. O setor mais relevante do município é o industrial, ocupa-se pela maior parte da população, totalizando 23.985 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em Betim, o acesso à saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por oito Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSFs) e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Estas unidades são o local onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está incluída na atenção básica e presente em 30% das unidades. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 4.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões. A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e de seis a 10 agentes comunitários de Saúde.

Por ocasião do diagnóstico situacional realizado, foi possível contextualizar a população da área adscrita da ESF Marimbá, considerando as principais morbidades e mortalidade. Muitos moradores vivem em casas cedidas pelo Estado. Na regional Marimbá, há grande incidência de tráfico de drogas, sendo assim, são altas as taxas de assassinatos por armas de fogo. Outra causa de óbito comum na região é proveniente de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. O Quadro 1 demonstra os principais agravos que acometem a população de Marimbá por faixa etária.

Quadro 1: Principais agravos que acometem a população adscrita, segundo faixa etária, ESF Marimba, Betim, Minas Gerais, 2014.

Faixa Etária	Agravos						
	Obesidade	Sedentarismo	Tabagismo	Hipertensão Arterial	Diabetes Mellitus	Asma Bronquial	Doenças Cardiovasculares
0 a 14 anos	17	23	6	1	1	32	4
15 e mais anos	345	412	345	503	94	125	143
Total	362	435	351	504	95	157	147

Fonte: Dados da ESF Marimbá, Betim, MG, 2014.

Entre os problemas elencados na investigação, observou-se que a obesidade é o mais relevante. Verificou-se a partir das discussões com a equipe que, embora a frequência da obesidade seja menor quando comparada com outros agravos, no cotidiano de atendimentos da unidade, observa-se que essa prevalência é maior. Identificou-se uma subnotificação dos pacientes com este agravo. Foi feita então a priorização dos problemas mais importantes, conforme se observa no Quadro 2.

Quadro 2: Priorização dos problemas mais relevantes identificados na ESF Marimbá, MG, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
-Obesidade	Alta	8	Parcial	1
-Tabagismo	Alta	8	Parcial	2
-Baixo índice de Hipertensão arterial	Media	7	Parcial	3

Fonte: Dados da ESF Marimba, Betim, MG, 2014.

Nesse sentido, como no município inexistente um programa específico de identificação, abordagem, terapêutica e prevenção de obesidade, há a necessidade de explorar melhor a temática.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância do tema está relacionada com o aumento da prevalência mundial da obesidade em adultos e crianças, o que constitui um problema que a cada dia tem aumentado.

O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco eleva-se progressivamente de acordo com o ganho de peso. Observou-se que o diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular-cerebral, infarto agudo do miocárdio e dislipidemias estão relacionados com a obesidade (WAITZBERG, 2000; FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD, 1998; FRANCISCHI, 2000; GUIMARÃES, 2002; SANTOS; MOREIRA, 2012).

Embora a obesidade estar sendo considerada um problema clínico na atualidade, só recentemente é que foi reconhecida como um problema de saúde pública. Esta tendência é causada principalmente pela transição nutricional, fenômeno que decorre da globalização dos mercados e estilos de vida ocidental de alimentos, entre outros, como estilo de vida sedentário, ampla disponibilidade de alimentos altamente energéticos, determinando um aumento acentuado na prevalência de sobrepeso e obesidade em vários países (BRASIL, 2006).

Dada à complexidade do problema e suas graves conseqüências e a inexistência no município de programas que combatam a obesidade, é fundamental a implementação de ações de intervenção sobre o problema, visando reduzir a prevalência do excesso de peso e até mesmo minimizar suas implicações sobre a saúde das pessoas, favorecendo a qualidade de vida populacional.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção educativa para os pacientes obesos de Marimbá, município Betim, Minas Gerais, com vistas a diminuir a prevalência da doença.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto incluiu pesquisa bibliográfica com busca de material em documentos do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), utilizando os descritores obesidade, educação em saúde, estratégia saúde da família.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O peso dos brasileiros vem aumentando nos últimos anos. O excesso de peso em homens adultos aumentou de 18,5% para 50,1%, ou seja, metade dos homens adultos está acima do peso. No caso das mulheres, este índice elevou-se de 28,7% para 48%. Em função da magnitude da obesidade e da velocidade da sua evolução em vários países do mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, entre eles o Brasil (IBGE, 2010).

As prevalências de obesidade são semelhantes nos dois sexos até os 40 anos. A partir daí as mulheres passam a apresentar prevalências duas vezes mais elevadas que os homens (IBGE, 2010).

Os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da obesidade em nosso meio são o sedentarismo e a mudança de hábitos alimentares, como a introdução de alimentos hipercalóricos, ricos em lipídeos e carboidratos nos cardápios diários, assim como fatores psicológicos e familiares, como, por exemplo, o sentimento de solidão (BRASIL, 2006). Embora os fatores genéticos possam contribuir para a ocorrência da obesidade, estima-se que somente pequena parcela dos casos de obesidade na atualidade possa ser atribuída a esses fatores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Cabe destacar, portanto, a importância das condições de vida e dos ambientes político, econômico, social, cultural e físico em que as pessoas vivem cotidianamente na determinação da doença (FOREYT, 2002).

Importa também destacar os aspectos relacionados à transição nutricional. As origens deste fenômeno estão fortemente ligadas às mudanças nos padrões de consumo de alimentos, mas também a modificações de ordem demográfica e social. Fatores sociais, econômicos e culturais estão presentes, destacando-se o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano, a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético, tanto no trabalho quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos que também parece condicionar o crescimento da obesidade (GIGANTE *et al.*, 2004).

O padrão de consumo alimentar atual está baseado na excessiva ingestão de alimentos de alta densidade energética, ricos em açúcares simples, gordura saturada, sódio e conservantes, mas pobres em fibras e micronutrientes. Os

principais responsáveis pelo aumento acelerado da obesidade no mundo e em nosso país são relacionados ao ambiente e às mudanças de modo de vida, sendo, portanto, passíveis de intervenção, demandando ações no âmbito individual e coletivo. Outros fatores que estão associados ao ganho excessivo de peso são as mudanças em alguns momentos da vida (ex: casamento, viuvez, separação); determinadas situações de violência; fatores psicológicos (como o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar); alguns tratamentos medicamentosos (com psicofármacos e corticóides); a suspensão do hábito de fumar; o consumo excessivo de álcool e a redução drástica de atividade física (GIGANTE, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A fisiopatologia da doença envolve o fato de ocorrer no organismo um balanço energético positivo. Este acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta. Os fatores que levam um indivíduo ao balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa. Embora existam evidências sugerindo a influência genética no desenvolvimento da obesidade, esses mecanismos ainda não estão plenamente esclarecidos. Acredita-se que fatores genéticos possam estar relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial à taxa metabólica basal (TMB); ao controle do apetite e ao comportamento alimentar. Algumas desordens endócrinas também podem conduzir à obesidade, como por exemplo o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso (FRANCISCHI *et al.*, 2000; OLIVEIRA, *et al.* 2010).

Uma vez que as condições nutricionais podem ser expressas também pelas medidas corporais, um dos métodos mais utilizados para a avaliação do estado nutricional é a antropometria, que consiste na medição das dimensões corporais. Este método tem como vantagens ser de baixo custo, não invasivo, de fácil utilização pelos serviços, além de ser aplicável a todas as fases do curso da vida (VASCONCELOS, 1995; ENGSTROM *et al.*, 2002). O índice de massa corporal (IMC) é recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. É estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m² (DUARTE *et al.*, 2007).

Segundo a World Health Organization (2012) podemos classificar a obesidade em vários graus e assim precisar o seu diagnóstico, sendo Baixo peso < 18,5 Kg/

m²; peso normal ou variação normal >18,5–24,9 Kg/m²; sobrepeso ou pré-obesidade >25,0–29,9 Kg/m²; obesidade grau I >30,0–34,9 Kg/m²; obesidade grau II > 35–39,9 Kg/m²; e obesidade grau III ou obesidade mórbida > 40 Kg/m².

Torna-se relevante também destacar as implicações da obesidade. O agravo é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e diabetes. Muitos estudos demonstram que obesos morrem, sobretudo de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular-cerebral e infarto agudo do miocárdio, quando comparados a indivíduos com peso adequado (FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD, 1998; FRANCISCHI, 2000).

De fato, o excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. Observou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado e, embora não haja uma associação absolutamente definida entre a obesidade e as doenças cardiovasculares, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicérides e colesterol (WAITZBERG, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O tratamento da obesidade inclui acompanhamento sistemático do serviço de saúde e redução moderada na ingestão de energia como estratégia para minimização da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos. A responsabilidade do profissional de saúde com relação às mudanças nos hábitos de vida não deve-se traduzir em um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo, pois o processo de tratamento não se restringe apenas à mudança do consumo de alimentos, de atividade física, mas tem influência sobre a representação e os significados do obeso acerca do comer, do corpo, do viver (GARCIA, 1992; RITO, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A meta do acompanhamento deve ser a apropriação, pelo usuário com excesso de peso, do seu próprio corpo, do autocuidado, do resgate da sua autoestima e o controle das co-morbidades. As mudanças necessárias para esta apropriação, para a busca de uma vida saudável, podem ser de médio ou longo prazo, ou seja, em prazo maior do que a expectativa (BRASIL, 2006).

A procura por dietas milagrosas também tem sido um caminho buscado por uma parcela da população. Dietas que priorizam um nutriente em detrimento de outros, dietas que restringem severamente o consumo energético, bem como os jejuns prolongados, representam também um risco para a saúde. Por não serem elaboradas com um cardápio balanceado, tais dietas, na maioria dos casos, promovem a perda de massa muscular e água, eletrólitos, minerais e perda de peso, porém de pouca gordura. Além disso, dietas muito restritas são de difícil adesão por um longo período. Motivados pela esperança de perda de peso em pouco tempo, muitas pessoas recorrem a estes tipos de procedimentos, muitos deles veiculados pela mídia (BRASIL, 2006).

Essa mesma linha de pensamento tem levado ao uso indiscriminado de medicamentos para emagrecer. Cabe ressaltar que no país vêm aumentando as vendas, sem prescrição médica, de moderadores de apetite, laxantes, diuréticos, hormônios, produtos manipulados. Tanto os usuários como os profissionais devem ser alertados que muitos destes medicamentos, depois de alguns meses, perdem seu efeito, fazendo com que as pessoas, na maioria das vezes, voltem a engordar, podendo levar a outros efeitos prejudiciais à saúde. Além disso, estes remédios podem provocar insônia, taquicardia, aumento da pressão arterial, lesão de válvulas cardíacas e até quadros psicóticos (BRASIL, 2006).

A terapia medicamentosa deve ser utilizada somente em pacientes obesos de alto risco sob estrita supervisão médica e de acordo com avaliação permanente dos efeitos obtidos, nos usuários em quem as mudanças na dieta e o incremento na atividade física não foram capazes de surtir efeito de redução da massa corporal. Quanto à cirurgia gástrica (gastroplastia), trata-se de um procedimento indicado para os sujeitos com obesidade severa (IMC acima de 35) com co-morbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemias, ou muito severa (IMC acima de 40), e que, além disso, tenham passado por tratamento dietoterápico e medicamentoso sem sucesso, apresentando outras doenças associadas que representem ameaça à vida. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, 2003).

Em relação à promoção do peso saudável, o incremento da atividade física aliado à alimentação saudável são os eixos centrais a serem trabalhados na busca pela qualidade de vida. A atividade física é um fator determinante do gasto de energia e, portanto, do equilíbrio energético e do controle de peso. A prática de atividade física regular combinada com a alimentação saudável promove redução no

peso corporal maior que apenas a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura e preservar a massa magra. A equipe de saúde pode promover, nas unidades de saúde e na comunidade, atividades coletivas que propiciem a atividade física, considerando as diversas fases do curso da vida, tais como jogos e brincadeiras com bola e peteca, caminhadas coletivas, gincanas, trabalhos corporais, manuais, bailes, festas folclóricas, capoeira, teatro. No entanto, a tarefa de promover o envolvimento da população com a prática de atividade física abrange todos os profissionais (BRASIL, 2006).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção do principal problema de saúde determinado na comunidade de Marimbá no município Betim foi elaborada iniciando-se com a identificação dos nós críticos.

Temos registrados pelos ACS um total de 435 pacientes com sedentarismo, sendo a causa principal do problema de saúde.

Quadro 3: Principais nós críticos identificados na ESF Marimbá, MG, 2014.

Nós críticos	Total
Sedentarismo	362
Diminuição da atividade física	187
Modificação dietética	89
Fatores Psicológicos e familiares	22

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Foram identificadas as possíveis soluções e estratégias para o enfrentamento da obesidade, como os produtos e os resultados esperados, que auxiliam no monitoramento do plano de ação (Quadro 4).

Quadro 4: Plano de Ação de acordo com o nó crítico, ESF Marimba, MG, 2014.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Sedentarismo	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento do índice de sedentarismo dentro da população de Marimbá. - Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população de Marimbá através de folhetos 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de 80% no programa de luta contra o sedentarismo e os outros fatores ambientais que interferem na obesidade. - Aumentar o nível de conhecimento relacionado aos fatores que interferem no 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadastro atualizado da doença e fatores desencadeantes da mesma. - Recursos humanos capacitados. - Melhoria da qualidade de vida da população de Marimbá. 	<p><u>Cognitivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas informação sobre o mesmo, atualizações periódicas. - Capacitação do ESF para a pesquisa

	<p>informativos, cartazes, e rádio local.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de grupos operativos sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população. - Visitas domiciliares e propor que as pessoas que convivem com a obesidade e sedentarismo participem das atividades propostas. - Organização de caminhadas com os profissionais da saúde e pessoas convidadas da comunidade com estilo de vida sedentário. - Realização de rotina de atividades físicas e dicas de dietas e hábitos saudáveis com os profissionais da saúde e ACS. 	<p>desenvolvimento da obesidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o nível de instrução entre os profissionais da saúde da ESF. 		<p><u>Organizacionais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organização da agenda da ESF para a abordagem do problema. <p><u>Políticos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulação Intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. <p><u>Financeiros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Para aquisição de recursos para folhetos informativos e cartazes.
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Foram identificados os recursos críticos necessários para a execução das ações (Quadro 5).

Quadro 5: Recursos críticos de acordo com a operação, ESF Marimbá, MG, 2014.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
- Levantamento do índice de sedentarismo dentro da população de Marimbá	<u>Organizacionais</u> – Organização da agenda da ESF para o abordagem do problema prioritário sem o desatendimento do resto das funções dele. <u>Cognitivo</u> - Capacitação do ESF para a pesquisa.
- Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população de Marimbá através de folhetos informativos, cartazes, e rádio local.	<u>Cognitivo</u> – Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas para informação sobre o mesmo. <u>Financeiros</u> - Para aquisição de recursos para folhetos informativos e cartazes.
- Realização de grupos operativos sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população.	<u>Políticos</u> - Articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. <u>Cognitivo</u> – Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas para informação sobre o mesmo.
Visitas domiciliares e propor que as pessoas que convivem com a obesidade e sedentarismo participem das atividades propostas.	<u>Cognitivo</u> – Conhecimento sobre o tema e as metas propostas após a participação nas atividades de saúde a desenvolver no plano de ação. <u>Organizacionais</u> – Organização da agenda da ESF para o abordagem do 100% da população.
Organização de caminhadas com os profissionais da saúde e pessoas convidadas da comunidade com estilo de vida sedentário.	<u>Organizacionais</u> – Organização da agenda de trabalho para o desenvolvimento das passeatas por grupos de população.
Realização de rotina de atividades físicas e dicas de dietas e hábitos saudáveis com os profissionais da saúde e ACS.	<u>Cognitivo</u> – Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas para informação do mesmo. <u>Organizacionais</u> – Organização da agenda de trabalho do ESF para o desenvolvimento das atividades físicas com os pacientes.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Foram identificados os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir as ações estratégicas (Quadro 6).

Quadro 6: Análise de viabilidade do plano, ESF Marimbá, MG, 2014.

Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação do Ator
<p><u>Cognitivo</u></p> <p>– Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas informação sobre o mesmo, atualizações periódicas.</p> <p>- Capacitação do ESF para a pesquisa</p> <p><u>Organizacionais</u></p> <p>– Organização da agenda da ESF para o abordagem do problema.</p> <p><u>Políticos</u></p> <p>- Articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p> <p><u>Financeiros</u></p> <p>- Para aquisição de recursos para folhetos informativos e cartazes.</p>	<p>- Profissionais da saúde</p> <p>- Pessoal do ESF</p> <p>- Direção escolar - Representantes políticos da comunidade.</p> <p>- Gerente da unidade de saúde. - Secretaria de Saúde</p>	<p>- Favorável</p> <p>- Favorável</p> <p>- Favorável - Favorável</p> <p>- Favorável - Favorável</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Foram designados os responsáveis por cada operação, definindo os prazos para a execução das ações (Quadro 7).

Quadro 7: Responsáveis e prazos de execução por operações, ESF Marimbá, MG, 2014.

Operação / Projeto	Responsável	Prazos
- Levantamento do índice de sedentarismo dentro da população de Marimbá	- Médico e Enfermeiros da ESF - Agentes Comunitários de Saúde	- 30 dias
- Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população de Marimbá através de folhetos informativos, cartazes, e rádio local.	- Agentes Comunitários de Saúde	- 1 mês
- Realização de grupos operativos sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população.	- Médico e Enfermeiros da ESF	- 2 meses
Visitas domiciliares e propor que as pessoas que convivem com a obesidade e sedentarismo participem das atividades propostas.	- Agentes Comunitários de Saúde	- 2 meses
Organização de caminhadas com os profissionais da saúde e pessoas convidadas da comunidade com estilo de vida sedentário.	- Enfermeiros da ESF - Agentes Comunitários de Saúde	-2 meses
Realização de rotina de atividades físicas e dicas de dietas e hábitos saudáveis com os profissionais da saúde e ACS.	- Médico e Enfermeiros da ESF	- 2 meses

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

A avaliação e o acompanhamento do plano de ação podem ser verificados no (Quadro 8).

Quadro 8: Situação atual de gestão do Plano operativo para enfrentamento do problema, ESF Marimbá, MG, 2014.

Operação / Projeto	Responsável	Prazo Inicial	Situação atual
- Levantamento do índice de sedentarismo dentro da população de Marimbá	- Médico e Enfermeiros da ESF - Agentes Comunitários de Saúde	- 30 dias	- Já foi realizado
- Divulgação de informações importantes inerentes ao tema proposto para a população de Marimbá através de folhetos informativos, cartazes, e rádio local.	- Agentes Comunitários de Saúde	- 1 mês	- Já foi realizado
- Realização de grupos operativos sobre sedentarismo e qualidade de vida com os profissionais da saúde e a população.	- Médico e Enfermeiros da ESF	- 2 meses	- Em andamento
Visitas domiciliares e propor que as pessoas que convivem com a obesidade e sedentarismo participem das atividades propostas.	- Agentes Comunitários de Saúde	- 2 meses	- Em andamento
Organização de caminhadas com os profissionais da saúde e pessoas convidadas da comunidade com estilo de vida sedentário.	- Enfermeiros da ESF - Agentes Comunitários de Saúde	-2 meses	- Em andamento
Realização de rotina de atividades físicas e dicas de dietas e hábitos saudáveis com os profissionais da saúde e ACS.	- Médico e Enfermeiros da ESF	- 2 meses	- Em andamento

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sobrepeso e a obesidade são uma doença que atinge a todos os países do mundo na atualidade. Os principais fatores de risco associam-se com os hábitos alimentares e sedentarismo. A doença promove diversos outros agravos, contribuindo por aumentar a morbidade e a mortalidade, principalmente por causas cardiovasculares.

Este estudo iniciou-se a partir da necessidade de solucionar um problema local: sobrepeso e obesidade, de evidente apresentação nos moradores da comunidade de Marimbá. Dedicamo-nos, então, à elaboração desta proposta de intervenção educativa para ser aplicada nas comunidades com o controle da equipe de saúde da família, atuando sobre os principais fatores exógenos modificáveis de fácil intervenção e que determinam o desenvolvimento da obesidade. A implantação da proposta, na atualidade, está em curso.

Resultados preliminares demonstram aumento notável na quantidade de pacientes que participaram das atividades físicas programadas, alcançando-se vincular o 68 % dos pacientes obesos, até o momento. Destaca-se que houve a utilização de vários locais da comunidade para realização das atividades físicas, visando garantir o acesso das pessoas obesas as mesmas. Os clientes obesos incapacitados de se deslocarem até a unidade de saúde receberam visitas domiciliares semestrais. A avaliação semestral constará de uma nova avaliação física dos pacientes, atentando-se ao peso corporal, controle de doenças crônicas, aceitação da intervenção e conhecimentos da obesidade.

Percebe-se que o plano de intervenção tem o potencial para abranger toda a clientela de usuários obesos, favorecendo a minimização da prevalência de sobrepeso e obesidade e a qualidade de vida daqueles com excesso de peso.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE. **Estudo multicêntrico de balão intragástrico: resultados preliminares**. ABESO, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica – 12.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, Coopmed, 2010.

DUARTE, A. C. G.; BORGES, V. L. S. **Semiologia nutricional**. In: DUARTE, A. C. G. Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, cap. 4, p.21-28, 2007.

ENGSTROM, E. M. et al. **SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde: o diagnóstico nutricional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD (FLASO). **I Consenso Latino-americano em obesidade**. Rio de Janeiro, 1998.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, p. 17-28, 2000.

FOREYT JP. Determinantes ambientais da obesidade: Condições sócio-econômicas, educação e riqueza. **Nutr Pauta** 2002; 10(56): 5-8.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 51-68, 1997.

GIGANTE, D. et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. **Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional**, São Paulo, v. 6, n. 13, maio/ago, 2004.

GUIMARAES, A.C. Sobrepeso, obesidade e dislipidemia. **Hipertensão**, v.5, n.1, p.23 – 25, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2004. Acesso em 21dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**: Betim: IBGE, 2010. Acesso: 30 set. 2014.

OLIVEIRA, V.A; RIBAS, C. R. P; SANTOS, M.A; TEIXEIRA, C. R. S; ZANETTI, M.L. Obesidade e grupo: a contribuição de Merleau Ponty. **Vínculo**. 7(1):45-54, 2010.

RITO, R. V. V. F. Obesidade e gravidez: mulheres obesas e seus hábitos alimentares durante a gravidez. 2004. **Dissertação** (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SANTOS J.C; MOREIRA T.M.M. Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of northeast Brazil. **Rev esc enferm USP**. São Paulo, 46:1125-32, 2012

SOUZA, Márcia Christina Caetano de et al. Fatores Associados à obesidade e sobrepeso em Escolares. **Texto contexto -. enferm** , Florianópolis, v 23, n.. 3, p. 712-719, setembro de 2014.

VASCONCELOS, F. A. G. **Avaliação nutricional de coletividades: textos de apoio didático**. Florianópolis: Ed.UFSC, 1995.

WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Fact Sheet Number 311. Geneva (CH): WHO; 2012 May [acesso 2012 Jun 08]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.