

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDRÉ FELIPE FERREIRA BARROSO

**MUDANÇAS NA REALIDADE ALIMENTAR E FÍSICA DA
POPULAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPE XXIII,
JANAÚBA, MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS- MINAS GERAIS

2016

ANDRÉ FELIPE FERREIRA BARROSO

**MUDANÇAS NA REALIDADE ALIMENTAR E FÍSICA DA
POPULAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPE XXIII,
JANAÚBA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MONTES CLAROS- MINAS GERAIS

2016

ANDRÉ FELIPE FERREIRA BARROSO

**MUDANÇAS NA REALIDADE ALIMENTAR E FÍSICA DA
POPULAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPE XXIII,
JANAÚBA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2016.

RESUMO

No Brasil mais de 65 milhões de pessoas, 40% da população, estão com excesso de peso, enquanto 10 milhões são considerados obesos. Os números avançam rapidamente entre todas as idades e classes sociais. A obesidade é uma doença crônica multifatorial estando associada a diversas outras patologias crônicas e maior taxa de mortalidade. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) equipe “XXIII SAÚDE PARA VOCE” essa patologia não é abordada em nenhum método de estimativa rápida e o diagnóstico situacional revelou que o principal problema da área se tratava da baixa adesão dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos. Assim, este estudo objetivou propor um plano de intervenção de cuidados para pessoas obesas inscritas na ESF Saúde para Você, com vistas à melhoria alimentar e de atividades físicas na população em geral. Para fundamentar o plano, foi revisão bibliográfica na Base de dados da SciELO e Programas do Ministério da saúde com os descritores: obesidade, fator de risco, atenção primária à saúde e alimentação saudável. O plano foi construído com base No Planejamento Estratégico Situacional. Foram elaboradas propostas de intervenção para os nós críticos relacionados com os altos índices de obesidade: hábitos de vida não saudáveis, baixa escolaridade da população, ausência ou pouca de informação sobre a obesidade e programas voltados para a prevenção e tratamento da mesma, baixa condição financeira para adquirir os alimentos saudáveis propostos pelos profissionais da equipe. Em cada nó crítico foi criado um projeto definindo seus responsáveis, recursos necessários e produto final esperado. Espera-se que ao final desse projeto seja observada uma melhora no nível da obesidade e das condições de vida e saúde dessa população.

Palavras- chave: Obesidade. Fator de risco. Atenção primária à saúde. Alimentação saudável.

ABSTRACT

In Brazil more than 65 million people, 40% of the population, are overweight, while 10 million are considered obese. The numbers are rapidly advanced among all ages and social classes. Obesity is a multifactorial chronic disease is associated with several other chronic and higher mortality rate conditions. In the Family Health Strategy (FHS) team "XXIII HEALTH FOR YOU" this disease is not addressed in any rapid assessment method and situational diagnosis revealed that the main problem of the area it was the poor adherence of hypertensive and diabetic patients to the treatments proposed . This study aimed to propose a care treatment plan for obese people enrolled in the FHS Health for You, with a view to improving food and physical activity in the general population. To support the plan, it was literature review in the SciELO and the Ministry of Health Programs database with the key words: obesity, a risk factor, primary health care and healthy food. The plan was built on in Situational Strategic Planning. intervention proposals were prepared for critical nodes related to the high rates of obesity: unhealthy lifestyle, low educational level of the population, no or little information on obesity and programs for the prevention and treatment of the same, low financial condition to acquire healthy food offered by the team of professionals. In each critical node was created a project defining its officers, necessary resources and final product expected. It is expected that at the end of this project is observed an improvement in obesity level and the living conditions and health of this population.

Key words: Obesity. Risk factor. Primary health care. Healthy eating.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS.....	25

LISTA DE QUADROS

1 Quadro 1- Leitos e equipamentos da unidade de saúde Zacharias.....	9
2 Quadro 2: Priorização dos Problemas.....	11
3 Quadro 3: Cronograma, recursos esperados e recursos necessários.....	21

1 INTRODUÇÃO

Janaúba, nome de origem indígena, significa planta leitosa e sua história e seu desenvolvimento estão intrinsecamente ligados a duas forças propulsoras que se fazem sempre presentes: a privilegiada localização geográfica, o pioneirismo e a capacidade empreendedora de seus habitantes ao longo de sucessivas gerações.

Janaúba tem como atividades principais a agricultura, a pecuária e outros serviços. Possui uma população de 70 472 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. É a 2ª cidade mais populosa do Norte de Minas e a 52ª de todo o estado (IBGE, 2010).

Com uma área de 2.181,315 km² o município apresentou, em 2010, o Produto Interno Bruto (PIB) total e PIB per capita, respectivamente, de R\$ 524.696 e R\$ 7.854,37. A prestação de serviços e o comércio correspondem a 64% do PIB total, seguido da indústria com 14% (IBGE, 2014).

Em relação ao atendimento à saúde a cidade possui um sistema fragmentado organizado em redes de atenção. Conta com um estabelecimento de saúde vinculado à rede estadual, 24 à rede municipal e 42 à rede privada. No Hospital Regional, são realizados os atendimentos de urgência e emergência clínicas e traumas ortopédicos. Existe também outro hospital também credenciado com leitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital Fundajam onde são atendidos principalmente os casos de internação hospitalar de gestantes e neonatos. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o principal sistema de logística e transporte de pacientes do município.

Discorrendo acerca dos serviços de referências e contra referências podemos dizer que as referências pactuadas são para pessoas com hipertensão e diabetes de alto grau para o Centro Hiperdia. As gestantes de risco pacientes e mulheres com alteração na citologia para o Centro mais Vida; Urgências e emergências clínicas, ortopédicas, pediátricas, cirúrgicas, UTI e hemodialise para o Hospital regional. Urgências gestacionais e assistência ao parto para o Hospital Fundajam .Doenças

psiquiátricas para o CAPS. A contra referência, assim como na maioria dos municípios, é incipiente, uma vez que não existe um prontuário unificado do paciente onde as equipes de saúde envolvidas poderiam contar com os dados de todos os atendimentos em vários níveis do sistema. O município vem enfrentando dificuldades em relação à realização de exames complementares pelo SUS. A demora e pequena quantidade dos mesmos vêm tornando o cuidado de alguns pacientes quase impossível.

No que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS) Janaúba conta, ao todo, com 12 centros de saúde, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três academias de saúde, 23 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), 169 agentes de saúde.

Como profissional médico, encontro-me alocado na Unidade de Saúde Zacarias, que possui quatro equipes de saúde da família, sendo mais nova a equipe 23 denominada “Saúde para Você” onde exerço minhas atividades profissionais. A ESF é a principal porta de entrada do sistema de saúde.

A Unidade de Saúde Zacarias está localizada na rua João Pessoa, nº 282, bairro Saudade. Possui rede de internet e telefonia. Em relação ao atendimento o mesmo é ambulatorial com demanda referenciada e espontânea nos turnos matutino e vespertino. Também possui, conforme apresentado no Quadro 1 leitos e equipamento diversos:

Quadro 1- Leitos e equipamentos da unidade de saúde Zacharias.

INSTALAÇÃO	CONSULTÓRIOS	LEITOS/EQUIPAMENTOS
Clinicam Básicas	3	0
Odontologia	3	0
Outros consultórios não médicos	3	0
Sala de cirurgia ambulatorial	1	0
Sala de curativo	1	0
Sala de enfermagem (serviços)	2	0
Sala de imunização	1	0
Sala de nebulização	1	0
Sala de pequena cirurgia	1	0

Fonte: elaboração própria.

A equipe **Saude para Você** é composta por oito agentes comunitárias de saúde, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e um médico. A equipe foi criada recentemente e ainda não possui território demarcado por mapas.

A população do território, em sua maioria, é composta de pacientes com condições sócio financeiras precárias, estando em risco devido marginalidade, prostituição, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), doenças infecto parasitológicas. O nível educacional é baixo o que dificulta ainda mais o impacto das medidas de saúde. A população se encontra em risco devido marginalizações, violência doméstica, abuso de drogas ilícitas e lícitas. Essa situação está presente principalmente pela baixa escolaridade e evasão escolar da juventude do bairro. A maioria das pessoas está empregada no setor de serviços e em segundo lugar nas atividades agrícolas.

A unidade de saúde está localizada em região afastada de algumas áreas do território da equipe de saude da familia o que dificulta algumas vezes o acesso da população ao sistema de saúde. Algumas ruas não possuem pavimentação e nem sistema de esgoto. A coleta de lixo é realizada pela prefeitura e em algumas areas essa coleta é insuficiente.

Cadastradas na Unidade de saúde, ao todo, são 2881 pessoas, tendo a maioria mais de 15 anos. Em março 2015 existiam 24 gestantes cadastradas, 212 pessoas hipertensas e 54 diabéticas. A maioria das internações e da mortalidade é por doenças cardiovasculares (SIAB, 2016).

O Diagnóstico situacional feito na nossa área de abrangência, por meio da estimativa rápida, realizada com o apoio dos agentes comunitários de saúde, enfermeira e outros profissionais de saúde da unidade além da análise da produção médica de atendimentos programados e reuniões de fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), mostrou que o principal problema da área se tratava da baixa adesão dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos.

Porém esse já era um problema que já havia sido abordado e iniciativas para melhorar esse problema já estavam sendo postas em prática. Assim, em ordem de prioridade e capacidade de enfrentamento da equipe, foi escolhido o problema obesidade que afeta a maioria desses pacientes, além de ser um dos maiores entre os fatores de risco para surgimento e manutenção dessas doenças. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- a) Tráfico de drogas ilícitas
- b) Uso de drogas ilícitas
- c) Alcoolismo
- d) Obesidade
- e) Alto nível de desemprego ou trabalho informal
- f) Gravidez na adolescência
- g) Má higiene da população
- h) Baixo nível econômico da população
- i) Má aderência dos hipertensos e diabéticos a tratamentos propostos

No Quadro 2, para melhor visualização, apresentamos, por ordem de priorização dos problemas encontrados:

Quadro 2: Priorização dos problemas de saúde da Unidade de saúde Zacarias, equipe **Saude para Você**, Janaúba, Minas Gerais, 2015.

PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA 0 a 5 pts	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO
Uso de drogas ilícitas	Alta	3	Parcial
Alcoolismo	Média	3	Parcial
Obesidade	Média	3	Dentro
Alto nível de desemprego ou trabalho informal	Baixa	1	Fora
Gravidez na adolescência	Média	2	Parcialmente
Má higiene (bucal, com a moradia) da população	Alta	3	Dentro
Baixo nível econômico da população	Média	2	Fora
Má aderência dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos	Alta	5	Dentro

O tema escolhido após os problemas elencados foi a obesidade, pela alta prevalência na área de abrangência e também pela associação que existe entre obesidade e hipertensão arterial sistêmica, outro problema identificado. Segue abaixo a ordem de prioridade de intervenção nos problemas:

1. Má aderência dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos.
2. Obesidade
3. Uso de drogas ilícitas.
4. Alcoolismo.
5. Gravidez na adolescência.
6. Tráfico de drogas.
7. Baixo nível econômico da população.
8. Alto nível de desemprego ou trabalho informal

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), a priorização de problemas se faz de acordo com as necessidades da comunidade e com a equipe, pontos estratégicos para a elaboração do plano operativo. Denominados como “nós críticos”, foram identificados como estratégicos no enfrentamento da obesidade, os seguintes entraves:

1. Hábitos de vida não saudáveis (alimentação inadequada e ausência de atividade física);
2. Baixa escolaridade da população (não entendimento da orientação);
3. Ausência ou pouca de informação sobre a obesidade e programas voltados para a prevenção e tratamento da mesma.
4. Baixa condição financeira para adquirir os alimentos saudáveis propostos pelos profissionais da equipe.

Dessa forma, confirmou-se que a obesidade é um problema de saúde que requer investimento da equipe de saúde para melhoria das condições de vida dos usuários da equipe **Saude para Você**.

2 JUSTIFICATIVA

A obesidade vem sendo associada a diversos efeitos cardiovasculares que ao longo do tempo culminou com doenças de alta morbidade e mortalidade além de possuir relação com aumento de doenças cardiovasculares dentre as quais se destacam a doença coronariana, a insuficiência cardíaca e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), independente de outros fatores de risco (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Na ESF **Saúde para você**, o número de hipertensos é de 212 pessoas. Desses, 55% deles possuem Índice de Massa Corporal (IMC) maior do que o normal e 30 % já são obesos. Nas pessoas diabéticas, 61% dos pacientes estão acima do IMC normal, sendo que 33 % já são obesos.

A partir desses resultados notamos a importância de atividades de prevenção, promoção e reabilitação dos obesos já que vimos que as consequências cardiovasculares são trágicas, exigindo da ESF estratégias efetivas de enfrentamento deste grave problema de saúde pública.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção de cuidados para pessoas obesas inscritas na ESF Saúde para Você, com vistas à melhoria alimentar e de atividades físicas na população em geral.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção se baseou nos resultados do diagnóstico situacional realizado com a participação da equipe XXIII, equipe Saúde Para Você, com a identificação e descrição também dos nós críticos do problema obesidade.

Metodologicamente foram observadas as orientações do módulo Planejamento das Ações de Saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF) da Universidade Federal de Minas Gerais / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (UFMG /NESCON) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para enriquecer o trabalho foram realizadas pesquisas bibliográficas em artigos de periódicos no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da SciELO e em Programas do Ministério da Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: obesidade, fator de risco, Atenção primária à saúde e Alimentação saudável.

A busca também foi feita em livros-textos de renome científico na área da saúde, como tratados de Medicina Interna. Ainda foram realizadas pesquisas diretas em banco de dados da Prefeitura Municipal de Janaúba e da Secretaria Municipal de Saúde de Janaúba, além de participação em reuniões de fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), discussão de assuntos inerentes ao processo de trabalho e fichas do ESUS AB.

Ressalta-se, ainda, que o Plano de Intervenção foi elaborado a partir do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que visa à resolução de problemas detectados na realidade, confrontados com um padrão considerado não adequado ou não tolerável e que motivam os atores sociais para enfrentá-los (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

5 REVISÃO NA LITERATURA

5.1 A obesidade como problema de saúde pública

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos principais problemas de saúde pública século XX, portanto, uma epidemia da modernidade. É uma doença crônica, multifatorial, definida como excesso de gordura corporal. Sua etiologia pode estar relacionada à ingestão alimentar excessiva e pouco saudável, sedentarismo, fatores genéticos, metabólicos, socioculturais e psicossociais (ARAÚJO, PENA, FREITAS, 2015).

As medidas antropométricas representadas pelo índice de massa corporal (IMC), razão cintura-quadril (RCQ) e circunferência abdominal (CA) representam uma maneira racional e eficiente de se presumir o volume e a distribuição de gordura. É considerado obeso o indivíduo que apresenta IMC maior ou igual a 30kg/m² (VENTURINI, 2013).

Para Moreira *et al.* (2013), a obesidade, dentre outros fatores de risco como o tabagismo, o alcoolismo, colesterol alto e maus hábitos de vida, associa-se ao maior risco de aparecimento de doenças crônicas degenerativas (DCV) como a hipertensão arterial sistêmica.

Se esses fatores fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as DCV, dos acidentes vasculares encefálicos e do diabetes do tipo 2 poderiam ser evitados e mais de 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos. Segundo estimativas da OMS, as mortes causadas por DCV serão responsáveis por 31,5% do total de óbitos em 2020 e por 32,5% em 2030, com destaque para o aumento em países em desenvolvimento (MOREIRA *et al.*, p. 520).

Alguns fatores de risco para as DCV e a hipertensão podem ser prevenidos, com a adoção de estilo de vida saudável, exercícios físicos regulares e uma boa alimentação.

5.2 O papel da ESF na prevenção e tratamento da obesidade

Como se sabe, a ESF possui uma equipe básica multidisciplinar que tem como objetivo reafirmar os princípios básicos do SUS tais como a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Assim sendo, cabe à equipe de saúde prestar atendimento efetivo e de forma preventiva.

Sendo assim, a ESF tem importante papel no controle das doenças crônicas e da obesidade, com atividades de apoio aos usuários no gerenciamento dessas doenças e no controle de peso, por meio da educação em saúde que se concretiza com o conhecimento de habilidades educativas, indispensáveis ao desenvolvimento de um processo de trabalho combinado com o modelo de atenção às doenças crônicas. Isso possibilita a troca de conhecimentos e a transformação da realidade (MENDES, 2012).

Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família (ALVES, 2005, p.50).

5.3 Tratamento da obesidade

Dentre os possíveis tratamentos para obesidade destacamos os não medicamentosos e os medicamentosos.

O tratamento não medicamentoso traz benefícios para a saúde, pois além de evitar doenças cardiovasculares diminui ainda os riscos de morbimortalidade, e pode ser adotado por pessoas com risco para Hipertensão, pois essas mudanças no estilo de vida diminuem os níveis tensionais (RODRIGUES, SILVA, CABRAL, 2016, p. 117).

Atualmente, “dado à necessidade do trabalhador em fazer seu horário de refeição/descanso em um espaço de tempo cada vez mais curto, o uso de alimentação inadequada e rápida, como o *fast food*, tem sido instrumento de viabilizar o tempo”, o que pode ser um fator de surgimento de doenças (SIMONETTI ; KOBAYASHI ; BIANCHI, 2010, p. 118).

Assim, esses hábitos podem ser um risco para o aparecimento da obesidade e conseqüentemente das DCV (RODRIGUES, SILVA, CABRAL, 2016).

Dentre os tratamentos não medicamentosos se sobressaem a boa alimentação, pobre em sódio e rica em vitaminas e minerais, a prática de exercícios físicos regulares, perda de excesso de peso, evitar o estresse, abandonar maus hábitos como o tabagismo e etilismo. As ações em educação em saúde interferem diretamente na adesão aos tratamentos não medicamentosos, visto que a partir do momento que a pessoa recebe corretamente a informação ela se torna agente atuante na melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde (SOARES *et al.*, 2012).

Sob o ponto de vista da pessoa obesa, a adesão a esses tratamentos mencionados anteriormente está atrelada diretamente ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis.

Como fatores dificultadores da adesão, destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento (RIBEIRO *et al.*, 2012, p. 272- 273).

No caso da obesidade, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o fato do problema no seu início ser assintomático, a falta de crença nas reais conseqüências e principalmente a resistência e dificuldade na mudança dos hábitos de vida que já foram constituídos ao longo do tempo (RIBEIRO *et al.*, 2012).

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso, o Ministério da Saúde, recomenda que:

Alguns casos, em que ocorrem sucessivos fracassos no sucesso do tratamento para perda de peso, faz-se necessário o uso de fármacos como coadjuvantes no tratamento. A escolha do tratamento deve se basear na gravidade do problema, na presença de complicações associadas, com base na melhor evidência

científica disponível no momento e considerar os medicamentos disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2014, p.151).

Vale ressaltar que antes de se iniciar a terapia medicamentosa é válido que seja investido um tratamento dietético com o paciente, ou ainda que os dois sejam associados, realizando em parceria com o profissional nutricionista, que irá fazer desde a anamnese nutricional, exame físico e antropométrico até a prescrição de dieta especial individualizada para cada situação (BRASIL, 2014).

No país, estão registrados cinco medicamentos para tratar a obesidade: dietilpropiona (anfepramona), femproporex, mazindol, sibutramina e orlistat, sendo que a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia- SBEM recomenda o uso destes medicamentos para pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m² ou superior a 25 kg/m², acompanhado de outras situações clínicas, como HAS, DM tipo II, ou como uma alternativa para aqueles que apresentam IMC elevado e não perderem peso com planos alimentares e de atividade física (OLIVEIRA; BUZANELO, 2012).

O Brasil é um dos países com maiores índices de uso de medicamentos para perda de peso, evidenciando a importância de se orientar de rotina o paciente e prescrever o uso somente quando necessário, visando-se os riscos associados ao uso dessas medicações. Durante a anamnese e exame físico do paciente na consulta para prescrição desse medicamento é válido ainda que sejam investigados os medicamentos em uso no momento, visto que existem medicações que podem exercer efeito adverso no peso corporal por influenciarem tanto a ingestão alimentar quanto o gasto calórico/energético, sendo viável considerar uma segunda opção que cause menos impacto no ganho de peso (BRASIL, 2014).

Outra alternativa que pode ser utilizada no tratamento da obesidade são as cirurgias bariátricas que devem ser procedimentos terapêuticos ofertados com rigoroso critério somente pelos serviços de Atenção Hospitalar Especializada, após o insucesso nos tratamentos anteriormente mencionados nos âmbitos da Atenção Básica e da Atenção Ambulatorial Especializada. O papel da Atenção Primária nesses casos está em garantir a estratificação de risco e organização da oferta de

tratamento cirúrgico aos obesos mórbidos nos casos em que este procedimento for considerado necessário, incluindo todo o acompanhamento pré e pós-cirúrgico (BRASIL, 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Na tentativa de solucionar o problema de obesidade detectado na ESF “Saúde para Você”, Equipe XXIII, foi necessário levantar seus nós críticos para propor intervenções para cada um deles. Dessa forma, no plano de intervenção feito, encontram-se as ações que foram construídas para o alcance dos objetivos propostos para cada nó crítico.

O primeiro nó crítico se relaciona aos hábitos de vida não saudáveis (alimentação inadequada e ausência de atividade física). Trata-se uma situação que precisa tempo, entendimentos dos hábitos culturais da comunidade e comunicação efetiva.

O segundo nó crítico “Baixa escolaridade da população (não entendimento da orientação)” requer da equipe de saúde comunicação clara. Na maioria das vezes, a população consegue definir o que é obesidade, porém desconsidera o impacto que a doença, somada a outros fatores de risco como hipertensão, diabetes, dislipidemia, pode trazer. Assim, é necessário fornecer informação para a população de forma clara, através de grupos educativos, salas de espera interativas, durante as visitas domiciliares e as próprias consultas clínicas, para que a população possa compreender o que lhe é dito e possa mudar seus hábitos não saudáveis.

Esse nó crítico mostra, também, a deficiência da própria equipe no que se refere às informações/orientações dadas a respeito de obesidade, além da falta de estrutura física e de profissionais, como por exemplo, o educador físico.

O terceiro nó crítico “Ausência ou pouca informação sobre a obesidade e programas voltados para a prevenção e tratamento da mesma” impõe criar ações que contribuam para que a pessoa obesa consiga cuidar de si por meio de hábitos de vida saudáveis como alimentação adequada e prática de atividades físicas. Com isso, a implementação de grupos de caminhada e ginástica orientada e programada pelo educador físico devem ser pensados e colocados em prática, dentre outras ações.

O último nó crítico se refere à “Baixa condição financeira para adquirir os alimentos saudáveis propostos pelos profissionais da equipe” provocou a ideia de se criar uma feira comunitária na praça do bairro, onde a população possa vender verduras e legumes que produz em hortas caseiras, alimentos como doces, biscoitos, além de artesanatos. Esse tipo de feira, além de promover a dignidade humana, proporciona um ambiente para encontro das pessoas e gera uma renda extra para as famílias. Também será utilizada como estratégia uma parceria com o serviço social para o cadastro das famílias carentes em programas sociais do governo como o bolsa família e auxílio do leite.

No quadro 3 estão apresentados, para cada nó crítico, o projeto, produtos e resultados esperados bem como os recursos necessários.

Quadro 3: Projetos, recursos esperados e necessários, 2015.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Hábitos de vida não saudáveis (alimentação inadequada e ausência de atividade física);.	Educando para a saúde	<p>Melhor controle da obesidade e diminuição de sua morbimortalidade e.</p> <p>Aumentar a adesão dos obesos as práticas de atividades físicas e alimentação saudável.</p> <p>Diminuir a prevalência de obesidade na população.</p>	<p>Palestras realizadas quinzenalmente e grupos operativos uma vez por mês, abordando temas sobre Obesidade (causas, fatores de risco, controle, tratamento e consequências). Grupos educativos om discussões acerca de alimentação saudável e exercícios físicos</p>	<p>Econômicos:</p> <p>Material para confecção de cartazes, pôsteres e panfletos educativos;</p> <p>Organizacional:</p> <p>Equipe multidisciplinar para realização de palestras (médico, enfermeiro, psicólogo), local de palestras.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Conhecimento dos profissionais envolvidos e dos usuários.</p>

<p>Baixa escolaridade da população (não entendimento da orientação);</p>	<p>Sabendo +</p>	<p>População compreendendo orientações fornecidas pelos membros da equipe de saúde</p>	<p>Reuniões mensais com a equipe capacitada para dialogar com os usuários de forma simples e clara, ao nível de compreensão dos participantes do grupo. Orientações claras e individualizadas.</p>	<p>Econômicos: Material para confecção de grupos educativos; Organizacional: Equipe multidisciplinar para realização de palestras (médico, enfermeiro, psicólogo), local de palestras. Cognitivo: Conhecimento educativo e instrutivo.</p>
<p>Ausência ou pouca de informação sobre a obesidade e programas voltados para a prevenção e tratamento da mesma.</p>	<p>Faço parte desse grupo</p>	<p>Implementação de grupos de caminhada e ginástica orientada e programada pelo educador físico.</p> <p>Atividades de apoio (aferição da pressão arterial, medida da glicemia capilar, mensuração do peso corpóreo com cálculo de IMC, estratificação de risco através de escores).</p> <p>Avaliação interdisciplinar com nutricionista; consultas médicas periódicas.</p>	<p>Início imediato para as consultas médicas individualizadas, no mínimo a cada 3 meses.</p> <p>Atividades físicas orientadas pelo educador físico, com frequência de 3 vezes por semana, e avaliação nutricional e planejamento de dietas balanceadas pelo nutricionista com prazo médio de 6 meses até a contratação desses profissionais.</p>	<p>Econômicos: Material para aferição de PA e atividades físicas Organizacional: Equipe multidisciplinar trabalhando em parceria para realização das atividades programadas. Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde para realização das atividades propostas.</p>

<p>Baixa condição financeira para adquirir os alimentos saudáveis propostos pelos profissionais da equipe</p>	<p>Feira de Domingo</p> <p>Cadastrando dignidade</p>	<p>Criação de uma feira comunitária na praça do bairro</p> <p>Parceria com serviço social para inclusão da população em programas sociais de auxílio na renda</p>	<p>Será realizada reunião com pessoas influentes na comunidade e com serviço social para início da feira e dos cadastros no prazo de 1 mês</p>	<p>Econômicos: Material para construção das bancas da feira, material de divulgação da ação, computador e internet para cadastros.</p> <p>Organizacional: Equipe multidisciplinar da ESF, serviço social e a população trabalhando em parceria para realização das atividades programadas.</p> <p>Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde para realização das atividades propostas e de articulação com os membros da comunidade e serviço social.</p>
---	--	---	--	---

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação deste plano de intervenção, espera-se uma melhoria da qualidade alimentar e física das pessoas obesas culminando na prevenção, promoção e reabilitação de sua saúde.

A ESF “Saúde para você” Equipe XXIII, através da criação de ações educativas, grupo operativo , caminhadas, orientações ao nível de compreensão dos usuários, melhorar as informações alimentares assim como incentivar as práticas de atividades físicas, manutenção de um dia de atendimento para atender pessoas com obesidade a fim de reabilitar as mesmas. Para isto espera-se contar com uma equipe multiprofissional capacitada e habilitada a abordar o paciente obeso, visando melhorar os processos de prevenção, cura e reabilitação.

Destaca-se que em seis meses de aplicação do plano de intervenção alguns resultados se fizeram notar: equipe já está familiarizada com o processo de trabalho e realização de 10 palestras informativas sobre promoção de alimentação saudável; os obesos em reabilitação, em torno de 50, estão acompanhados pela equipe multidisciplinar dos quais 42 adotaram práticas de atividades físicas e melhora da alimentação. Em relação ao peso 37 pacientes diminuíram seu peso inicial, sendo que a média de perda de peso foi em torno dos 8 kg. Dentre os pacientes acompanhados 22 conseguiram sair do IMC considerado como de obesidade.

É importante, portanto, continuar com as ações propostas e melhorá-las cada vez mais para que sejam colhidos os frutos a longo prazo na população da equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. de S.. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, June 2014

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, jul./set. 2005

ARAÚJO, K.L; PENA, P.G.L; FREITAS, M.C.S. Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. **Ciênc. saúde coletiva**. v.20, n. 9, p. 2787-2796, 2015.

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.

CAMPOS, F.C.C ; FARIA, H.P; SANTOS, M.A . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed, 110p.Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE cidades**, 2010. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE** Censo demográfico, 2014. Disponível em: www.ibge.gov.br/

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, N.F; et al. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 57, n. 7, p. 520-526, 2013.

OLIVEIRA, K.R; BUZANELO, V.V. Análise das prescrições de medicamentos usados no tratamento da obesidade dispensadas em drogaria no município de Ijuí-

RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, n. 3, p. 381-387, 2012.

RIBEIRO, A.G; et al . Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.Campinas** , v. 25, n. 2, p. 271-282, 2012 .

RODRIGUES, C; SILVA, J.P; CABRAL, C.V.S. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 117-126, 2016.

SIMONETTI, S. H.; KOBAYASHI R.M.; BIANCHI E.R.F. Identificação dos agravos à saúde do trabalhador de enfermagem em hospital cardiológico. *Saúde Coletiva*, v. 7, n. 41, p. 135-139, São Paulo, 2010.

SOARES, R.S et al. Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.1, (Ed. Supl.), p. 45-48, 2012.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>

VENTURINI, C. D. V. et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 16, n. 3, p. 591-601, 2013.