

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

**MANUEL OSORIO GOLIA**

**OBESIDADE, UM PROBLEMA NA POPULAÇÃO DO PSF SÃO SEBASTIÃO**  
**EM POÇOS DE CALDAS**

**POLO CAMPOS GERAIS / MG**

**2015**

**MANUEL OSORIO GOLIA**

**OBESIDADE, UM PROBLEMA NA POPULAÇÃO DO PSF SÃO  
SEBASTIÃO EM POÇOS DE CALDAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

POLO CAMPOS GERAIS / MG

2015

**MANUEL OSORIO GOLIA**

**OBESIDADE, UM PROBLEMA NA POPULAÇÃO DO PSF SÃO SEBASTIÃO  
EM POÇOS DE CALDAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

Banca Examinadora

Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dedico esse trabalho a minha esposa pelo carinho e o amor infinito que me oferece dia a dia. A minhas filhas por serem a maior motivação de minha vida.

A minha família pelos conselhos e apoio durante minha vida.

Á memória do meu pai, exemplo de honradez e honestidade.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me mostrar o caminho certo.

À minha esposa por sua constante presença, amor e dedicação.

À equipe de Saúde da família de São Sebastião, pelo apoio e disponibilidade.

À minha orientadora Profa. Dra. Walneia Aparecida Souza, pelas oportunas orientações e correções.

É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta.

Michel de Montaigne

## RESUMO

A prevalência da obesidade tem crescido rapidamente e representa um dos principais problemas de saúde mundial atualmente. Representa um fator de risco para a ocorrência de outras doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, artropatias e acidente vascular encefálico, causando a morte prematura e invalidez. Atinge em média 30% da população brasileira, sendo uma das principais causas de morbidade. Na unidade de saúde de família de São Sebastião, localizada no município Poços de Caldas, Minas Gerais a porcentagem de obesos atinge 14,8%. Assim, o objetivo do projeto foi elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência da obesidade nesta comunidade. Para a sua realização, foi aplicado um instrumento para a coleta de dados dos pacientes com obesidade, sobrepeso e fatores de risco para essa síndrome. A partir dos resultados obtidos, foram planejadas medidas com a finalidade de reforçar o componente educacional, no atendimento integral desses pacientes, a fim de aumentar seus conhecimentos sobre os problemas da obesidade, com o objetivo de melhorar o controle desses pacientes, criar estilos de vida saudáveis e reduzir fatores de riscos da doença e redução de novos casos de obesidade na atenção primária à saúde.

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

## Summary

The prevalence of obesity has grown rapidly and represents one of the major health problems in the world today. Represents a risk factor for the occurrence of other diseases, such as systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, arthropathies and encephalic vascular accident, causing premature death and disability. Reaches an average of 30% of the Brazilian population, being one of the main causes of morbidity. In the family health unit of São Sebastião, located in the municipality Poços de Caldas, Minas Gerais the percentage of obese patients reaches 14.8%. Thus, the objective of the project was to elaborate a plan of intervention to reduce the incidence of obesity in this community. For its implementation, it was applied an instrument for data collection of patients with obesity, overweight and risk factors for this syndrome. From the results obtained, we have planned measures with the aim of enhancing the educational component, in integral care of these patients, in order to increase their knowledge about the problems of obesity, with the objective of improving the control of these patients, create healthy life styles and reduce risk factors of the disease and reduction of new cases of obesity in primary health care.

Key word: obesity. The Family Health Strategy. Education



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Objetivo Gral .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Objetivo Especifico .....</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>5.1 Conceito e epidemiologia .....</b>	<b>16</b>
<b>5.2 Fatores de risco para Obesidade .....</b>	<b>19</b>
<b>5.3 Prevenção primaria .....</b>	<b>20</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Poços de Caldas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, no sudeste do país. Situado em uma região vulcânica já extinta, no sopé da Serra de São Domingos na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Sua população, conforme levantamento populacional de 2013, é de 161.025 habitantes, sendo o município mais populoso do sul do estado. Sua população flutuante é de 270.000 habitantes. A área é de 545,7 km<sup>2</sup> e a densidade demográfica de 264,58 hab/km<sup>2</sup>. Localiza-se numa área de transição entre dois biomas: o Cerrado e a Mata Atlântica, entretanto, predomina o bioma Mata Atlântica. O município situa-se num planalto elíptico, altitude média de 1300 m e campos suavemente ondulados. É rodeado de montanhas com altitudes entre 1600 a 1800 m . Poços de Caldas é limitado ao Norte pela Serra de São Domingos; ao Sul pela Serra do Gavião e a do Caracol pela face Oeste; ao Leste encontra-se a Serra do Selado e o Serrote do Maranhão. Os municípios limítrofes são os mineiros de Botelhos e Bandeira do Sul a nordeste; Campestre ao leste; Caldas a sudeste e Andradas ao sul. Os municípios paulistas são Águas da Prata a sudoeste, São Sebastião da Grama e Divinolândia a oeste e Caconde ao norte (WIKIPÉDIA ,PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2014).

A religiosidade em Poços de Caldas é bastante diversificada, sendo que o maior número são de Católicos, seguidos de Evangélicos, Testemunhas de Jeová, Espíritas, Umbandistas e Budistas. O índice de alfabetização é de 94,8%. O índice de desenvolvimento humano é de 0,779, sendo considerado alto( WIKIPÉDIA ,PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2014).

Em relação à saúde, o município possui várias clínicas e institutos renomados. Também apresenta alta tecnologia, sendo referência em saúde no Sul de Minas e Leste Paulista. O sistema de saúde do município está

organizado da seguinte forma: conta com 32 PSF na cidade para o atendimento primário; o atendimento secundário é oferecido em unidades de Pronto atendimento como o Hospital Municipal Margarita Moraes, o SAMU, a UPA, o Núcleo da zona Leste e o Núcleo da Zona Sul. Também apresenta uma rede de atendimento terciário como o Hospital filantrópico da Santa Casa, o Hospital Santa Lucia (Hospital do Coração), o Hospital Pedro Sanchez (Particular), a UNIMED e o CACOM.

O município tem uma rede integrada e relação com outras Cidades da Região, como Andradas, Caldas, Santa Rita de Caldas, Campestre, Botelhos, Bandeira do Sul e Campestrinho. A rede de saúde de Poços de Caldas tem a possibilidade de fazer referências de pacientes de alta complexidade para outras cidades como, Belo Horizonte e Pouso Alegre. Tendo em vista a urbanização e saneamento do município, as doenças infectocontagiosas são pouco frequentes. As doenças crônicas não transmissíveis são as mais frequentes sendo a hipertensão arterial, o diabetes Mellitus, as dislipidemias e obesidades as principais causas de atendimento dos pacientes no município.

O PSF de São Sebastião localiza-se na região sul do município. A população de abrangência é de 3529 habitantes, distribuídos em 1677 (47,5 %) do sexo masculino e 1852 (52,5 %) do sexo feminino. O nível de alfabetização é fundamental/médio e os principais postos de trabalho são no comércio. Uma menor parte da população trabalha na agricultura, indústrias e outros empregos. As principais causas de morte são as doenças cardiovasculares relacionadas com os múltiplos fatores de risco que a população apresenta, sendo a mais frequente a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a obesidade, as dislipidemias e o acidente vascular encefálico.

O PSF São Sebastião está situado no centro da comunidade, sendo muito boa a acessibilidade. Aqui são oferecidos vários tipos de serviços de saúde como o pré-natal, a puericultura, o controle da hipertensão arterial e do

diabetes mellitus. Apresenta Clínica médica geral, serviço odontológico, nutricionista, psicólogo e fisioterapia.

Para realizar esta importante tarefa de melhorar a saúde da população, o PSF de São Sebastião conta com um equipe de profissionais composto por um médico especialista em medicina geral integral, enfermagem, duas técnicas em enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde. Apresenta equipe odontológica com 1 especialista e duas técnicas, 1 auxiliar administrativo e 1 técnica de higienização.

No Quadro 1 estão demonstrados os aspectos demográficos.

Quadro 1: Aspectos demográficos: população, por grupos de idade, no território da Equipe de Saúde da Família São Sebastião. Poços de Caldas. 2014

População	>1	1 – 4	5 - 9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 ou >	Total
M	3	69	112	123	182	321	254	451	162	1677
F	0	81	122	135	169	274	243	567	251	1852
TOTAL	3	150	234	258	351	595	497	1018	413	3529

Fonte: SIAB 2014 M- Masculino F- Feminino

A população do PSF São Sebastião conta com os serviços de luz elétrica, água e telefonia. Os órgãos sociais encontrados nessa região são: CRAS, CEAD, IGREJAS e CASA DO CAMINHO. A estrutura de saneamento básico na comunidade é muito boa e 100% das moradias são de tijolo. O abastecimento de água da rede pública chega ao 99,8% e o sistema de esgoto é de 100%. A coleta de lixo das moradias também chega a 100%, sendo que a concentração de *Aedes Aegypti* é muito baixa nesse local.

## 2 JUSTIFICATIVA

A prevalência da obesidade vem aumentando na grande maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Isto tem resultado em aumentos preocupantes também na prevalência de diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, doenças cerebrovasculares, doenças cardiovasculares, dislipidemias e osteoartrite. Essas associações e o crescente aumento na prevalência de obesidade, bem como de outros fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como inatividade física, tabagismo, pressão arterial e colesterol elevados são responsáveis por grande parcela dos gastos em saúde (WHO, 2002).

Na cidade de Poços de Caldas, após um levantamento realizado, observou-se uma alta incidência de obesidade 523 (14,8 %) entre os pacientes acima de 15 anos na comunidade do PSF São Sebastião. Assim, verificou-se a necessidade do trabalho da equipe para cuidar dos casos atuais e prevenção de novos casos de obesidade, pois com a redução do índice de massa corpórea, várias doenças poderão ser prevenidas, com redução das internações, da invalidez e dos gastos com o sistema de saúde.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local, temos recursos humanos e materiais para a realização de um Projeto de Intervenção. Portanto, este estudo se apresenta como uma proposta viável para essa população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um Projeto de Intervenção com a finalidade de redução da alta incidência de obesidade em pacientes do Programa de Saúde da Família São Sebastião, no município de Poços de Caldas-MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade;
- Abordar os pacientes com fatores de risco e introduzir mudanças de estilos de vida e hábitos saudáveis;
- Reduzir a ocorrência de casos novos de obesidade, assim como o número de complicações e incapacidades geradas pela doença;
- Melhorar o acolhimento e garantir o atendimento dos pacientes doentes na unidade.

## 4 METODOLOGIA

Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo a reunião com a equipe do PSF São Sebastião. O método utilizado foi o Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional-PES. Este método propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população e os diferentes atores sociais para que explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, uma perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. A estratégia de busca utilizada foi a revisão narrativa da literatura sobre o tema com os seguintes descritores: obesidade, sedentarismo, desnutrição e obesidade.

Os dados para o levantamento foram fornecidos pelo SIAB e pela própria equipe por meio dos dados atualizados dos prontuários dos pacientes e estudos epidemiológicos. Outros dados foram obtidos pela DATASUS, o Blog da Saúde do Ministério da Saúde, dados eletrônicos de bibliotecas virtuais, como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Medline -Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica). Foram consultados protocolos, textos e artigos científicos.

O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimentos e motivações para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida.

Descritores: Obesidade, Sedentarismo, Desnutrição e Obesidade

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Conceito e Epidemiologia

A obesidade é uma doença crônica e pode ser definida como o excesso de gordura no organismo (TAVARES, NUNES, SATOS, 2010). É considerada uma doença complexa, que apresenta graves dimensões sociais e psicológicas, afetando praticamente todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos (ABRANTES, LAMOUNIER, COLOSIMO, 2002).

A obesidade integra o grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNTs podem ser caracterizadas pela sua história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, longo curso assintomático e em geral lento, prolongado e permanente, com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (PINHEIRO, FREITAS, CORSO, 2004).

Fisiologicamente, a obesidade é uma condição corporal caracterizada pelo excesso de tecido adiposo no organismo. Já é de consenso na literatura que a obesidade trata-se de uma doença resultante de um desequilíbrio nutricional provocado por um balanço energético positivo que se dá, por sua vez, na medida em que o sujeito ingere mais energia do que é capaz de gastar. Assim, tem-se um acúmulo de energia que, por ação do hormônio insulina é convertida a gordura (BARBIERI, 2010; LIBERATORI, 2006).

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 também 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  $40 kg/m^2$  (WHO, 1998).



A obesidade é um problema de saúde pública que afeta sociedades do mundo todo, independente do nível de desenvolvimento. A etiologia é multifatorial, resultante da interação genética e ambiental, mediada por fatores sociais, econômicos, endócrinos, metabólicos e psiquiátricos. Conseqüentemente, o tratamento é complexo e desafiador, mas quando envolve o acompanhamento por médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos, possibilita perda de peso e manutenção a longo prazo (BUENO et al., 2011).

A obesidade continua sendo um grave problema de saúde pública. Fatores como a rápida industrialização e urbanização das últimas décadas aumentaram significativamente a prevalência de obesidade pelo mundo (ZHAO et al., 2008). Nos Estados Unidos houve um aumento da prevalência de obesidade desde 1970, e, entre os anos de 1999 e 2008 registrou-se ainda um aumento da obesidade abdominal entre os homens e mulheres (FORD et al., 2011). Neste país, mais de dois terços dos adultos são obesos ou tem sobrepeso, sendo que desde 1980, a prevalência de obesidade dobrou (KING, 2013).

No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no período de 2008-2009, 41% da população brasileira apresentava sobrepeso e 10,5 milhões de pessoas estavam obesas. Verificou-se diagnóstico de obesidade em 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres com mais de 20 anos; 4,0% dos homens e 5,9% das mulheres entre 10 e 19 anos e 16,6% das crianças do sexo masculino e 11,8% das crianças do sexo feminino entre 5 a 9 anos. Nos homens, o excesso de peso e obesidade são mais prevalentes nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do que nas Regiões Norte e Nordeste; enquanto nas mulheres, a prevalência é maior na região Sul, embora de forma menos acentuada. O excesso de peso é maior em áreas urbanas em relação a áreas rurais.

A prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil vem aumentando, particularmente a partir do final da década de 1990. Em 1974–1975, a prevalência média de sobrepeso em adultos do sexo masculino foi de 18,5%, enquanto que em 2008-2009 foi de 50,1%. Em mulheres adultas, a prevalência aumentou de 28,7% para 48%, respectivamente. Nas crianças, entre os 5 e os 9 anos, o aumento foi ainda mais acentuado. Entre 1974-75, no sexo masculino, a prevalência de sobrepeso foi de 10,9% e a prevalência de obesidade de 2,9%, em contraste com 34,8% de sobrepeso e 16,6% de obesidade em 2008-2009. No sexo feminino, a prevalência de sobrepeso aumentou de 8,6% para 32% e a prevalência de obesidade de 1,8% para 11,8%. Em 2008, apenas 10,2% dos brasileiros com 14 anos ou mais praticava exercício físico regularmente. Entre 1970 e 2008, a percentagem da população envolvida no setor agrícola, que é aquele que possibilita maior gasto energético, diminuiu de 44% para 17,4% (IBGE, 2010).

Segundo Vigitel (2014), o excesso de peso é maior entre os homens - 56,5% contra 49,1% das mulheres. Já a taxa de obesidade não é muito diferente entre os dois gêneros, sendo 17,9% entre o sexo masculino e 18,2% entre o sexo feminino. Os maiores índices de excesso de peso foram encontrados em pessoas com idade entre 45 e 64 anos, sendo que 61% estavam acima do peso. Em comparação com os países integrantes do Brics - países emergentes considerados subdesenvolvidos, o Brasil fica em terceiro lugar no ranking de obesidade, atrás da África do Sul (65,4%) e Rússia (59,8%). A China apresenta um índice de 25% da população acima do peso e a Índia, 11%. Comparado a outros países da América do Sul, a taxa de obesidade no Brasil se mostra a menor. O Chile tem índice de 25,1%, Paraguai 22,8%, Argentina 20,5% e Uruguai, 19,9%.

Uma explicação evolucionista para a epidemia de obesidade é que durante a evolução do ser humano, quando este vivia em um ambiente com

quantidade limitada de alimentos altamente nutritivos e períodos de escassez de alimentos, foi adaptativo o circuito de recompensa do cérebro que fazia um indivíduo comer muitos alimentos de alta densidade nutricional (KING, 2013).

Conjuntamente com níveis elevados de pressão arterial, o colesterol, a glicose sanguínea e a obesidade compõem o principal conjunto de fatores de risco associado à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, que resultam em 60% das mortes no mundo a cada ano (WHO, 2013). O excesso de peso e a obesidade são responsáveis por 44% e 23% da carga de doença devido ao diabetes mellitus e às doenças cardiovasculares, respectivamente, e entre 7% e 41% devido a certos tipos de câncer (WHO, 2011).

Outra consequência importante relacionada à obesidade, diz respeito ao custo financeiro elevado que esse distúrbio e suas consequências representam para o sistema de saúde e para a sociedade (SICHIERI et al., 2007).

## **5.2 Fatores de Risco para a Obesidade**

É uma doença que pode se desenvolver a partir de fatores genéticos, metabólicos, ambientais (comportamentais, sociais e culturais) ou da interação desses fatores (TIRAPEGUI, 2006). A etiologia da obesidade é extremamente complexa, envolvendo a interação de fatores biológicos e psicológicos com questões culturais e ambientais (BARLOW; DURAND, 2011).

Outros fatores de risco podem estar associados ao desenvolvimento da obesidade. Segundo GIGANTE et al. (1997), em seu estudo realizado na cidade de Pelotas, hipertensos e diabéticos tem risco 2,6 vezes maior de desenvolver obesidade em relação as pessoas com outras patologias. Em relação à genética, apesar da importância do ambiente ser um fator

determinante do genótipo, nesse estudo a relação entre história familiar de obesidade com o desenvolvimento desta no indivíduo foi positiva.

### **5.3 Prevenção primária**

Lidar com uma doença que toca na área do prazer humano é tarefa difícil e árdua. Mas urge que os profissionais da área da saúde se aprofundem em todos os aspectos que a envolvam, para que as intervenções possam ser mais efetivas e duradouras, atuando de forma profilática no sentido de evitar o desenvolvimento dos efeitos adversos da obesidade na saúde dos indivíduos (DUARTE, 2010).

Na obesidade é fundamental a prevenção e o controle, que implica a economia de elevados recursos financeiros destinados ao tratamento da própria doença, como também de doenças associadas ou decorrentes. As doenças cardiovasculares como infartos agudos do miocárdio, morte súbita, insuficiência cardíaca por coronariopatia, assim como as doenças cerebrovasculares, como os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos, são responsáveis por mais da metade dos óbitos no Brasil. A profilaxia dessas doenças é, por isso, prioridade absoluta. Nas últimas quatro décadas, diversos estudos epidemiológicos definiram claramente os principais fatores de risco para essas doenças. Dentre os fatores modificáveis destacam-se: a hipercolesterolemia (LDL elevado), HDL baixo, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, sedentarismo, obesidade e estresse psicossocial. No entanto, como a obesidade está fortemente associada a três grandes fatores de risco – a hipertensão, as dislipidemias e a resistência à insulina –, hoje, não existem dúvidas de que uma abordagem preventiva deve ser já iniciada na infância e adolescência (ANJOS, 2006).

O alto custo econômico com a obesidade e o sobrepeso implicam uma necessidade urgente de desenvolvimento de intervenções para o controle desta epidemia e a consequente prevenção das doenças crônicas associadas a esta condição (ZHAO et al., 2008).

Segundo DUARTE (2010), considerando o alto risco que a obesidade representa para a saúde dos jovens e para a vida adulta, medidas de prevenção e controle devem ser consideradas como prioridade em relação à saúde pública, com ênfase em alimentação saudável, atividade física regular, mudanças de hábitos e estilo de vida. Este incentivo deve ser iniciado desde a infância, pois hábitos saudáveis adquiridos na infância e adolescência tendem a se manter na vida adulta, e é a forma mais eficaz para a prevenção da Síndrome Plurimetabólica.

O tratamento da obesidade é longo e exige persistência por parte dos familiares e das crianças. O insucesso é considerado elevado pela maioria dos profissionais, pelo alto índice de desistência de qualquer prática que exija sacrifícios. No entanto, é importante que o profissional tenha a cada dia uma abordagem nova e motivadora para a criança e familiares (DUARTE ,2010).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A equipe do PSF São Sebastião selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal que é a alta incidência da obesidade, sobre o qual a equipe tem possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Entre eles temos:

- Hábitos e estilos de vida;
- Nível de informação;
- Processo de trabalho da equipe de saúde com orientações inadequadas, prescrições ilegíveis, dificuldade de entendimento das orientações/prescrições. Falta de acompanhamento e controle frequente. Falta de pesquisa em relação aos pacientes com fatores de risco. Assim, o quadro 2 apresenta as principais operações para trabalhar sobre a obesidade.

Quadro 2- Desenho das operações para os “nós críticos” sobre a obesidade.

“Nós críticos”	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Inadequados hábitos e estilos de vida	<b>Mais Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 10% o número de pacientes com sobrepeso e obesos, no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada de forma mensal; Adesão ao grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal; Palestras sobre o programa “Alimentação saudável”; Palestras sobre “obesidade, fator de risco e doença”.	<b>Organizacional:</b> -Pessoas capacitadas para organizar e realizar as atividades; -Lugar adequado para realizar as atividades. <b>Equipamentos necessários.</b> <b>Cognitivo:</b> Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. <b>Político:</b> Mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino. <b>Financeiro:</b> Aquisição de

				recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Processo de trabalho da equipe de saúde da família	<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para a obesidade.	-Cobertura de 90% da população com obesidade;  -Aumentar para 90% da pesquisa em pacientes com fatores de risco; -Aumento do acompanhamento e controle frequente.	-Linha de cuidado para a obesidade; -Protocolos a serem elaborados; -Recursos humanos capacitados; Regulamentação implantada; -Gestão da linha de cuidado implantada.	<b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; <b>Político:</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; <b>Organizacional:</b> -Adequação de fluxos; -Reestruturação das Agendas.
Baixo Nível de informação social e da equipe	<b>Saiba mais – viva mais</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da obesidade.	População mais informada sobre as causas e as complicações da obesidade .	-Avaliação do nível de informação da população sobre a obesidade;  -Diminuir o índice de complicações da obesidade,  -Capacitação dos ACS e de cuidadores.	<b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação; <b>Organizacional:</b> -Pessoas capacitadas para organizar e realizar as atividades; -Lugar adequado para realizar as atividades; -Equipamentos necessários; <b>Político:</b> Articulação intersetorial (parceria com o setor de educação) e mobilização social.

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema sobre a alta incidência de pacientes com obesidade. Os recursos críticos estão descritos no quadro 3.

Quadro 3- Identificação dos recursos críticos.

Operação\projeto	Recursos críticos
Projeto Mais Saúde	<b>Político:</b> mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Projeto Saiba Mais-Viva Mais	<b>Político:</b> articulação intersetorial e mobilização social.
Linha de Cuidado	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Propostas de Ações para motivação dos atores. As propostas estão demonstradas no Quadro 4.

Quadro 4- Análise da viabilidade e plano operativo.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Ator que controla os recursos críticos	Motivação	Ação estratégica
<b>Mais Saúde:</b> modificar os hábitos de vida.	<b>Político:</b> conseguir espaço na radio e televisão local. <b>Financeiro:</b> para a compra de materiais necessários.	-Setor de comunicação e social.  -Secretária de Saúde.	Indiferente  Indiferente	Apresentação do projeto
<b>Linha de Cuidado:</b> reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	<b>Político:</b> -articulação intersetorial; -aprovação do projeto e decisão de recursos para estruturar o serviço. <b>Financeiro:</b> financiamento do projeto	-Secretaria de Saúde  -Prefeito	Indiferente  Indiferente	Apresentação do projeto



<b>Saiba Mais- Viva mais.</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da obesidade	<b>Financeiro:</b> para a elaboração e compra de materiais	-Setor de comunicação social;  -Prefeito;  Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentação do projeto
--	---	--	-------------	-------------------------

### Elaboração do plano operativo

O plano operativo está demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5- Elaboração do plano operativo

Operação	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Mais Saúde</b>  Modificar os hábitos de vida.	Diminuir em 10% o número de obesos no prazo de 1 ano.	-Programa de caminhada orientada de forma mensal;  -Adesão ao grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal;  -Palestras sobre programa "Alimentação saudável";  -Palestras sobre "Obesidade, fator de risco e doença".	Apresentação do projeto	Joice (Fisioterapeuta)  Betania (nutricionista)  Elisa (Enfermeira)  Betania (nutricionista)  Betania (nutricionista)	2 meses para o início das atividades.
<b>Linha de Cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a	Cobertura de 90% da população com obesidade;  -Aumentar para 90% da	-Processo de educação continuada;  -Protocolos implantados.	Apresentação do projeto	Tatiana (Técnica enfermeira)  Elisa (Enfermeira)	De 3 a 12 meses

efetividade do cuidado.	pesquisa com pacientes que apresentam fatores de risco;  Aumento do acompanhamento e controle frequente.				
<b>Saiba Mais-Viva mais</b>  Aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da obesidade.	População mais informada sobre as causas e as complicações da Obesidade.  .	Avaliação do nível de informação da população sobre a obesidade;  -Diminuir o índice de complicações da obesidade,  -Capacitação dos ACS e de cuidadores.  .	Apresentação do projeto	Elisa (Enfermeira)  Pablo e Aline (ACS)  Betania (nutricionista)	Início em 3 meses e término em 6 meses;  Início em 6 meses- Avaliações a cada semestre;  Início em 2 meses e término em 3 meses.

Quadro 6. Gestão do plano.

<b>Operação: Mais Saúde.</b>					
Coordenação: Enfermeiras - Avaliação Após 6 Meses do início do Projeto					
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Programa de caminhada orientada de forma mensal	Joice (Fisioterapeuta)	2 meses para o início das atividades.	Programa implantado e implementado.		
Adesão ao grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal;	Betania (nutricionista)	2meses	Programa implantado e implementado.		
Palestras sobre programa "Alimentação saudável";	Elisa (Enfermeira)	2meses	Programa implantado e implementado.		
Palestras sobre "Obesidade, fator de risco e doença	Betania (nutricionista)	2meses	Programa implantado e implementado.		
<b>Operação: Linha de Cuidado.</b>					
Coordenação: Enfermeiras - Avaliação após 6 meses do início do projeto					
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Processo de educação continuada;	Tatiana (Técnica enfermeira)	Início em três meses e finalização em 12 meses -	Programa de capacitação Elaborado e em prática		

Protocolos implantados	Elisa (Enfermeira)	Início em três meses e finalização em 12 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado		
<b>Operação: Saiba Mais-Viva Mais.</b> Coordenação: Enfermeiras - Avaliação após 6 meses do início do projeto.					
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Avaliação do nível de informação da população sobre a obesidade;	Elisa (Enfermeira)	Início em 3 meses e término em 6 meses;	Programa implantado		
Diminuir o índice de complicações da obesidade,	Pablo e Aline (ACS)	Início em 6 meses- Avaliações a cada semestre	Programa implantado		
Capacitação dos ACS e cuidadores.	Betania (nutricionista)	Início em 2 meses e término em 3 meses.	Programa de capacitação elaborado; ACS capacitados; cuidadores identificados; curso ainda não iniciado	Atraso na identificação dos cuidadores.	Início em 1 mês

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é um dos grandes problemas de saúde que afeta a população, levando ao desenvolvimento e agravamento de outras doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, artropatias entre outras. Junto a essas comorbidades, podem surgir complicações como internações, invalidez parcial ou total do indivíduo, com repercussões para o paciente, a família e sociedade. Sendo uma doença multifatorial, necessita da intervenção multiprofissional para o controle adequado dos fatores de risco, evitando-se assim o surgimento de novos casos e melhorando o controle e acompanhamento dos pacientes com obesidade. Esse processo envolve orientações voltadas aos profissionais da saúde, aos pacientes, família e comunidade em geral.

Espera-se que com a aplicação deste projeto, sejam identificados precocemente os fatores de risco e que possam ser trabalhados na origem, com a finalidade de evitar o surgimento de novos casos de obesidade. Portanto, torna-se indispensável o desenvolvimento e promoção de políticas de saúde que visam à prevenção deste problema de saúde.

Os projetos a serem desenvolvidos são o “Mais Saúde”, com a finalidade de modificar hábitos e estilos de vida; programa de caminhada orientada de forma mensal; adesão do grupo com fisioterapeuta e fisiculturista no PSF semanal; palestras sobre o programa “Alimentação saudável”; Palestras sobre “obesidade, fator de risco e doença”; Implantação da Linha de Cuidado para a obesidade e a Linha de Cuidado para reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado, a partir dos protocolos implantados; capacitar recursos humanos; Implantação da gestão da linha de cuidado. Outro projeto é “Saiba mais – viva mais”, para aumentar o nível de informação da população sobre as causas e complicações da obesidade e a avaliação do nível de informação da população sobre a obesidade; capacitação dos ACS e de cuidadores.

Com estes projetos esperamos diminuir em 10% o número de pacientes sobrepeso e obesos no prazo de 1 ano; cobertura de 90% da população com obesidade; aumentar para 90% da pesquisa para pacientes com fatores de risco; aumento do acompanhamento e controle frequente com a população mais informada sobre as causas e as complicações da obesidade.

## REFERENCIAS

ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. *J. Pediatr.*, v. 78, n. 4, p.335-40, 2002.

Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a14>>. Acesso em: 25 novembro. 2015.

ANJOS, L.A. *Obesidade e Saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz ;p 100, 2006. Disponível em : < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/26.pdf>>.. Acesso em: 21 novembro. 2015.

BARBIERI, A. F. Obesidade na adolescência: aspectos de adesão e permanência em programa de tratamento multiprofissional pautado na terapia comportamental. *Rev. Digital Efdeportes*, Buenos Aires, ano 15, n. 143, 2 010. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd143/obesidade-na-adolescencia-aspectos-de-adesao-e-permanencia.htm>. Acesso em: 22/ novembro/ 2015.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. (Trad. R. Galman). São Paulo: Cengage Learning. 2011. Disponível em: < <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942013000100014...>>. Acesso em: 11 **novembro**. 2015.

BUENO, J. M. et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Rev. Nutrição*, vol.24, n.4, p. 575-584, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000400006...sci...> >. Acesso em: 11 novembro. 2015.

DUARTE, J. A. Obesidade na infância: a porta de entrada para Síndrome plurimetabólica no adulto. Marília, SP[s.n.], 2010. Disponível em: < <https://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1528>>. Acesso em: 21 novembro. 2015.

FORD, E. S.; LI, C.; ZHAO, G.; TSAI, J. Trends in obesity and abdominal obesity among adults in the United States from 1999-2008. *Intern.J. Obesity*, v. 35, p. 736-743, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> › ... › PubMed Central (PMC) >. Acesso em: 12 novembro. 2015.

GIGANTE, D. D.; BARROS, F. C.; POST, C. L. A; OLINTO, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n.3. June,p.236-46, 1997. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2254.pdf>>. Acesso em: 12 novembro. 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010. Disponível em: <[https://www.ibge.gov.br/.../estatistica/.../2008\\_2009.../pof\\_2008\\_2009\\_encaa.pdf](https://www.ibge.gov.br/.../estatistica/.../2008_2009.../pof_2008_2009_encaa.pdf)>. Acesso em: 11 novembro. 2015.

KING, B. M. The modern obesity epidemic, ancestral hunter-gatherers, and the sensory/reward control of food intake. *American Psychologist*, v.68, n.2, p. 88-96, 2013. Disponível em: <<https://www.annmariecodori.com/.../2013/.../modern-obesit.>>. Acesso em: 11 novembro. 2015.

LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R.; SANTOS, L. R. Crianças e adolescentes obesos: estamos capacitados para atendê-los? *Rev. Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 52-56, 2006.

PINHEIRO, A.R.O; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.*, v.17, n.4, 523-33, 2004. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000120&pid..](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000120&pid..)>. Acesso em: 24 novembro. 2015

SICHERI, R.; NASCIMENTO, S.; COUTINHO, W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. *Cad Saúde Pública*, v.23, p. 1721-7, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/25.pdf>>. Acesso em: 30/outubro/2015.

TAVARES, T.B., NUNES, S.M., SANTOS, M.O. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*;20(3): p. 359- 66. 2010. Disponível em: <[http://www.planejamento.mg.gov.br/.../Obesidade\\_e\\_qualidade\\_de\\_vida\\_revis.pdf](http://www.planejamento.mg.gov.br/.../Obesidade_e_qualidade_de_vida_revis.pdf)> Acesso em:

TIRAPÉGUI, J. Nutrição: fundamentos e aspectos atuais. São Paulo: Editora Atheneu, p. 299-306, 2006. Disponível em: <<http://obesidadeblog.blogspot.com/2011/09/o-que-e-obesidade.html>>. Acesso em: 30/outubro/2015.

VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). 2014. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf/](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf/)>. Acesso em: 30/outubro/2015.

Wikipédia, a enciclopédia livre. Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Poços de Caldas e Bagé oficializam convênio de cidades-irmãs, 2014. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Poços\\_de\\_Caldas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Poços_de_Caldas)>. Acesso em: 21 abril. 2015.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva, 28 January - 1 February, 2002.

Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/.../en/>>.  
Acesso em: 30/outubro/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.

Disponível

em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf) />.  
Acesso em: 10 /novembro/2015).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Overweight and obesity. Geneva: World Health Organization; p. 311, 2011. Disponível em: <

<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 30/outubro/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; Technical Report Series 894 1998... Disponível

em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>>. Acesso em: 23/novembro/2015.

ZHAO, W. et al. Economic burden of obesity-related chronic diseases in Mainland China. *Obesity Reviews*, v.9, n.1, p. 62-67, 2008.

Disponível em: < <https://www.mdpi.com/1660-4601/7/3/765/xml>>. Acesso em: 11 novembro. 2015.