

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

RICARDO EUGÊNIO COSTA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE A
PARTIR DA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO
DE ATUAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CRISTOVINA
CASTORINA G. SOUZA, MUNICÍPIO DE BETIM, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2019

RICARDO EUGÊNIO COSTA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE A
PARTIR DA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO
DE ATUAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CRISTOVINA
CASTORINA G. SOUZA, MUNICÍPIO DE BETIM, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Alcione Bastos Rodrigues

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2019

RICARDO EUGÊNIO COSTA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE A
PARTIR DA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO
DE ATUAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CRISTOVINA
CASTORINA G. SOUZA, MUNICÍPIO DE BETIM, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Alcione Bastos Rodrigues – orientadora- UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 23 de setembro de 2019.

DEDICO

este trabalho a minha amada família, Juliana, Maria Helena, Elísio, Lourdes, Elisângela, Tales, Ludmila, Rafael, Miguelzinho e Lara.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pela possibilidade de evoluir junto a pessoas que amo tanto.

A Juliana, minha companheira nessa e noutras caminhadas pela compreensão, amor e cuidado, além de ter agraciado minha vida com nossa tão amada Maria Helena.

Aos meus amados pais Elísio Miguel e Maria de Lourdes que são minha base na vida.

A UFMG, especialmente a Faculdade de Medicina e a todos que contribuíram para minha formação.

A Unidade Básica de Saúde Teresópolis e a equipe Rosa que me acolheram como um integrante dessa grande família.

A minha amiga Bárbara Aragão que tanto contribuiu para o enriquecimento deste trabalho.

“Se nada nos salvar da morte, pelo menos que o amor nos salve da vida” (Pablo Neruda).

RESUMO

A obesidade está entre os problemas de saúde pública de maior relevância epidêmica do mundo, sendo alvo de discussões e frequentes ações direcionadas por atores nacionais e internacionais. Dados da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura estimam que o número de pessoas obesas no mundo seja superior ao quantitativo de pessoas que sofrem de fome. Sua incidência pode estar relacionada a diversos fatores como alimentação inadequada, sedentarismo e distúrbios metabólicos, assim como condições socioeconômicas do indivíduo. As estratégias de controle e enfrentamento da obesidade passam pela compreensão da saúde por um ponto de vista sistêmico, onde se problematizam as suas causas e consequências, buscando soluções multidisciplinares, em rede. Tais ações corroboram com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde – integralidade, universalidade e descentralização – que estão presentes na lógica da Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um plano de intervenção de promoção da saúde, com vistas ao combate e prevenção à obesidade e suas comorbidades (diabetes e hipertensão) a ser desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, localizada no bairro Jardim Teresópolis, município de Betim, Minas Gerais. O modelo de trabalho desenvolvido seguiu a metodologia de Planejamento Estratégico Situacional, partindo do diagnóstico situacional, definição dos “nós críticos” até a elaboração e gestão do Plano de Ação, envolvendo a participação de atores políticos e sociais. A proposta prevê a implantação de rotinas de oferta de práticas de atividades físicas e acompanhamento nutricional a fim de colaborar com a perda de peso e obter consequentes melhorias na qualidade de vida e saúde global dos atendidos.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Obesidade. Atividade física. Educação alimentar.

ABSTRACT

Obesity is among the most epidemic relevance public health problems in the world, being target of discussion and frequent actions directed by national and international players. From Food and Agriculture Organization of the United Nations data, it is estimated that the number of obese people in the world, is superior of the number of hungry people. Its incidence may be related to several factors, such as inadequate nutrition, sedentary lifestyle, metabolic disorders, and also the individual socioeconomic status. The strategies to face and to control the obesity include the understanding of health from a systemic point of view, where its causes and consequences are questioned, searching for multidisciplinary solutions, established in a network. This corroborates the fundamental principles of Brazil's Unified Health System – integrality, universality and decentralization – which are present in the logic of Brazil's Family Health Strategy. Therefore, the present work aims to present a health promotion intervention plan in order to prevent and fight obesity and its comorbidities (diabetes and hypertension) to be developed at the Basic Health Unit of Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, located in Jardim Teresópolis neighborhood in the city of Betim, state of Minas Gerais. The developed work followed the Situational Strategic Planning methodology, from the situational diagnosis and the definition of the “critical nodes” to the elaboration and management of the Action Plan, involving the participation of political and social players. The proposal has the implementation of physical activity practices routines and nutritional monitoring in order to collaborate with weight loss and to achieve consequent improvements in life quality and overall health of the assisted people.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Obesity. Physical activity. Nutritional education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Melito (mellitus)
EqSF	Equipe Saúde da Família
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FC	Frequência Cardíaca
FIAT	Fabbrica Italiana Automobili Torino
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção Básica
SAHOS	Hipoapneia Obstrutiva do Sono
SIGSS	Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS Unidade de Básica de Saúde
UPA Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Rosa, Unidade Básica de Saúde Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, município de Betim, estado de Minas Gerais22
- Quadro 2** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa, do município de Betim, estado de Minas Gerais36
- Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa, do município Betim, estado de Minas Gerais37
- Quadro 4** – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa, do município Betim, estado de Minas Gerais38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 Aspectos da comunidade	14
1.3 O sistema municipal de saúde	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Cristovina Castorina Gonçalves de Souza – Teresópolis	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Rosa, da Unidade Básica de Saúde Cristovina Castorina Gonçalves de Souza	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rosa	18
1.7 O dia a dia da equipe Rosa	19
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	20
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção(segundo passo)	21
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
5.1 A Estratégia Saúde da Família como acesso ao Sistema Único de Saúde ..	26
5.2 Prevenção e controle da Obesidade e suas comorbidades no âmbito do Sistema Único de Saúde	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	34
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	34
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	34
6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo)	35
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	35

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS39

REFERÊNCIAS.....41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A história do município de Betim remete ao século XVIII, mais especificamente ao ano de 1711, quando Joseph Rodrigues Betim obteve a Carta de Sesmaria relativa às terras localizadas no Vale do Ribeirão da Cachoeira, hoje Rio Betim. Sua posição favorável, no território de Minas Gerais, permitiu que se tornasse uma rota importante para o tráfego de produtos e mercadorias até o final daquele século, garantindo assim o abastecimento de diversas regiões do estado. No entanto, com a mudança do cenário econômico do país, fim do “ciclo do ouro”, houve grande esvaziamento da região, fazendo com que suas características rurais prevalecessem até finais do século XIX (RUGANI, 2001).

A mudança desse cenário ocorreu, no entanto, no início do século XX, sobretudo quando da alteração da capital do estado de Minas Gerais para Belo Horizonte, o que trouxe crescimento populacional para toda região. A localização privilegiada de Betim, próxima às novas rodovias, favorecia tanto o escoamento de produtos quanto a implantação de um parque industrial. Dessa forma, foi criado em 17 de dezembro de 1941 a Cidade Industrial Juventino Dias, incentivando a instalação de novas Indústrias. Ressalta-se que, neste momento, Betim já havia se elevado à condição de município, por meio do Decreto Lei n.º148, de 1938, assinado pelo então Governador Benedito Valladares Ribeiro (RUGANI, 2001).

A expansão industrial do estado, que ganhou força na década de 1970, incentivada por uma política de governo estadual, atraiu investimentos e desenvolveu ainda mais a infraestrutura da região. A partir de então, novas indústrias foram instaladas em Belo Horizonte e nas cidades adjacentes, sobretudo Betim e Contagem, abarcando diversos ramos como metalurgia, transporte, têxtil e alimentos. Todavia, como consequência desse processo, verifica-se certa seletividade na distribuição da população, uma vez que o incentivo dado à ocupação imobiliária, nesses municípios, direcionou-se às periferias, onde haviam condições precárias de urbanização. Por conseguinte, tais espaços acabaram por ser ocupados, principalmente, pela população de menor renda (PINHO, 2016).

Desde então o município cresceu, sobretudo após o investimento nas indústrias automobilística e petroquímica, coerentemente ao histórico de

industrialização do Brasil, acarretando no dinamismo e diversificação de sua economia. Dessa forma, Betim se tornou um território de pluralidades, agregando características urbanas, rurais, históricas, tradicionais e industriais, destacando-se nesse processo o aumento de sua periferia de caráter urbano-industrial (RUGANI, 2001; PINHO, 2016).

De acordo com os dados do Censo de 2010, o município possui área territorial de 343,856 km², com uma população total estimada de 378.089 pessoas, da qual 99% encontram-se em situação domiciliar urbana e somente 1% rural (IBGE, 2017). Das residências do município, 86% possuem esgotamento sanitário adequado, enquanto 33,4% dos domicílios urbanos estão instalados em vias públicas com urbanização, considerando presença de bueiros, calçadas, pavimentações e meio-fio (IBGE, 2017).

Em relação à população, verifica-se que a esperança de vida ao nascer cresceu, passando de 71,8 anos, em 2000, para 76,8 anos, destacando-se a taxa bruta de mortalidade de 5,1 por mil habitantes, conforme dados de 2010 (BRASIL, 2013). Ademais, enfatiza-se o grande contingente populacional em condições precárias de sobrevivência. Dados da prefeitura de Betim demonstram que há um grande número famílias com renda per capita de até meio salário mínimo. Mais especificamente, “a porcentagem de pobres (até ½ salário mínimo) é de 3,6%, destacando-se a renda da população de ½ a 3 salários (52,4%)” (BETIM, 2014a).

1.2 Aspectos da comunidade

O Bairro Jardim Teresópolis está localizado na região periférica de Betim. Sua ocupação iniciou-se em meados do século XX, visto a necessidade de ampliação de loteamentos para os trabalhadores de Belo Horizonte, assim como, para atender a população que se alojou no município quando da instalação de grandes empresas, como a Fabbrica Italiana Automobili Torino (FIAT), em 1967. Concomitantemente ao processo de industrialização e urbanização do município, que se deu a partir de 1960, houve um aumento populacional significativo, chegando atualmente ao valor aproximado de 45 mil habitantes (PEREIRA, 2019; PINHO, 2016).

O bairro está inserido em uma das regiões administrativas do município, conjuntamente com outros bairros adjacentes – Vila Recreio, Vila Bemge, Amazonas, Alvorada, Riacho 3, Boa Esperança, Chácara Santo Antônio, Arvoredos.

Possui atendimento por rede de escolas e creches, que oferecem educação infantil e educação básica às crianças e jovens da localidade. Sua população possui, em sua maioria, baixos níveis econômicos e cultural, com um histórico marcado pelo tráfico de drogas e violência (PEREIRA, 2019).

1.3 O sistema municipal de saúde

Betim possui um modelo de assistência à saúde, estruturado de forma integrada e hierarquizada, composto por unidades de atenção básica, especializada, de urgência e emergência e hospitalares, além de unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. A gestão do SUS ocorre de forma participativa e colaborativa visando a “interação entre trabalhadores, gestores, prestadores e usuários” (BETIM, 2014b, p.19). Em resumo:

A organização do SUS em Betim está pautada em redes de saúde, de forma a integrar os diversos serviços que compõem o sistema de saúde e ampliar a comunicação entre eles. O planejamento das ações de saúde envolve a articulação e a cooperação entre atores sociais e políticos embasado em uma visão ascendente. As propostas partiram das microáreas, passando pelas regionais até chegar ao nível central (BETIM, 2014b, p.17).

Atualmente, o município está habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde, tornando-se responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e as ações de saúde ambulatoriais e hospitalares. Para tanto, conta com a “Gestão Estratégica e Participativa SUS Betim, que compreende os componentes: participação popular e controle social; Ouvidoria do SUS; monitoramento e avaliação do SUS; auditoria do SUS e comunicação social em saúde” (BETIM, 2014b, p.20). Complementarmente, Betim também realiza ações de vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças (BETIM, 2014a).

Em consonância com a Portaria Ministerial 2.488, de 21 de outubro de 2011¹, que regulamenta a atenção primária, o município de Betim segue os princípios e as diretrizes deste nível de atenção. Nesse contexto, considera-se a assistência de saúde como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo para promoção de

¹Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

uma atenção integral, que impacte a situação de saúde da população (BRASIL, 2017).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS), o território de Betim está dividido em 10 regiões administrativas – Alterosas, Centro, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB, Petrovale, Teresópolis, Icaivera e Vianópolis (BETIM, 2014a). A adesão a este modelo permite a construção de territórios-processos vinculando, por meio da responsabilização, as equipes de atendimento às comunidades². Tais equipes, “estão inseridas, atualmente, nas 34 Unidades Primárias, totalizando-se 77 áreas de equipes de Saúde da Família e 16 áreas de equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)” (BETIM, 2014b, p.27).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Cristovina Castorina Gonçalves de Souza – Teresópolis

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Cristovina Castorina Gonçalves de Souza está situada no Bairro Jardim Teresópolis, à Rua Gaturama, n.º. 200, Betim/MG. Sua estrutura conta com sala de espera; recepção para agendamentos, atendimentos e arquivos; farmácia; salas de curativos e testes; sala de vacinação; sala de procedimentos de urgências; sala de registros para encaminhamentos; salas para enfermeiros, acupuntura e osteopatia, assistência social e farmacêutica, gerência, médicos da família, pediatras e ginecologistas; cozinha e banheiros masculino e feminino. Conta ainda com um uma sala de matriciamento para saúde mental, medicina laboral e suporte do telessaúde. Estruturas que têm por objetivo dar suporte à equipe e melhorar o atendimento, diagnóstico, organização e resolução de casos.

O corpo de profissionais está dividido em oito equipes de saúde da família: duas psicólogas, um fisioterapeuta, três pediatras, duas ginecologistas e dois médicos de apoio. O atendimento é realizado utilizando o registro no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) onde as informações são armazenadas, inclusive os registros de retirada de medicamentos na farmácia. Antes

²O sistema municipal de saúde de Betim conta com 34 UBS em funcionamento e meta de mais 26 novas UBS até 2020, sendo que a UBS Teresópolis atende cerca de 45550 pacientes (SINANET/DVS/SVE/Betim).

da implementação desse sistema, os registros eram feitos nos prontuários, por meio dos quais também é possível ter acesso ao histórico clínico dos pacientes.

Ressalta-se, ainda, que o sistema de saúde do Jardim Teresópolis é composto por, além da UBS Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, uma Maternidade Pública, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

1.5 A Equipe de Saúde da Família Rosa, da Unidade Básica de Saúde Cristovina Castorina Gonçalves de Souza

A equipe Rosa (109) atua em uma das subdivisões, localizada no bairro Santo Antônio, também conhecido como Vila Bemge, realizando ações de prevenção e promoção à saúde, controle dos pacientes portadores de doenças crônicas (por exemplo DM e HAS) e exames periódicos.

A equipe Rosa é composta por quatro Agentes Comunitários da Saúde (ACS), uma técnica em enfermagem, uma enfermeira e um médico. É responsável por uma microárea com 3.403 usuários adscritos. Número que vem aumentando em decorrência da recente regularização de uma área de ocupação, uma vez que esses moradores estão sendo cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na UBS, as ACS realizam, em sistema de rodízio, reuniões semanais com os usuários para entrega de exames e marcações de consultas, além das atividades como “Posso Ajudar?”, orientações e suporte ao almoxarifado. Realizam também atividades externas que envolvem o cadastramento de novos moradores, acompanhamento das famílias através de visitas para avaliar a realidade do local, assistência e informação sobre doenças e o trabalho intersetorial, conjuntamente com outros profissionais de diferentes áreas – Conselho Tutelar, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), enfermagem e outros.

A técnica de enfermagem atua em sistema de rodízio, abarcando serviços que vão desde a aplicação de medicamentos até o atendimento domiciliar. Atividades igualmente realizadas pela enfermeira, que também é responsável por fazer testes rápidos, pré-natal, puericultura, preventivo Papanicolau, organização da agenda e da equipe.

O médico, além de atender às consultas agendadas, recebe casos agudos, realiza reuniões de Hiperdia³ e orienta um grupo de atividade física com pacientes obesos, que tem como principal objetivo a promoção à saúde.

Os ACS possuem atendimentos limitados a 750 adscritos, sendo responsáveis pela coleta de informações sobre as demandas da comunidade (controle de gestantes, crianças vacinas, condições de moradia dos usuários e etc.). Também atuam difundindo informações à população sobre as ações desenvolvidas pela equipe da UBS. Em relação as suas práticas, destaca-se que esses por serem majoritariamente moradores das comunidades em torno da UBS, possuem certa proximidade com a população, o que favorece obtenção de dados relevantes para a equipe.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Rosa

Os atendimentos realizados na UBS são organizados por oito equipes, distribuídas em dias e turnos alternados. Essa divisão foi implantada a fim de que se pudesse realizar os atendimentos com maior eficiência e qualidade, visto que a unidade conta com mais de 35 mil adscritos.

O acolhimento inicial é realizado pelo profissional que estiver disponível, o qual, após a escuta, realiza o direcionamento do usuário ao serviço demandado, de acordo com a microárea à qual pertence. Em casos de urgência ou emergência, o atendimento é preferencialmente realizado pelo enfermeiro ou médico da equipe de referência, considerando a familiaridade com o histórico de saúde do paciente. Todavia, caso um desses profissionais não esteja disponível, o atendimento pode ser realizado por outro médico ou equipe de enfermagem, que darão seguimento tomando as providências necessárias.

O acolhimento realizado pelas enfermeiras ocorre em dias e horários específicos a cada microárea. Já para os pacientes em condição aguda ou que apresentam eventos agudos os atendimentos são imediatos. Nesses moldes, todos os pacientes são acolhidos para agendarem suas consultas e atendidos de acordo

³ O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (DATA SUS, 2019).

com suas necessidades. Os pacientes assistidos pela equipe de saúde são orientados a retornar periodicamente (em períodos semanais, mensais, semestrais ou anuais) conforme suas demandas. Em caso de portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, além do contato com o especialista, o controle é feito pela estratificação. Em tal proposta o objetivo é aumentar o vínculo entre o paciente e a equipe de saúde a fim de se obter melhores resultados, tanto no manejo clínico quanto em prevenção, longevidade e qualidade de vida.

Esse novo modelo de Atenção Básica da Saúde definiu a territorialização e criou as microáreas, de forma que os pacientes foram encaminhados a novos profissionais. Em um primeiro momento, tal modificação gerou certa resistência por parte dos usuários, os quais estavam acostumados aos profissionais que os atendiam anteriormente. Contudo, o retorno das ações vem sendo positivo, sobretudo quanto a qualidade dos profissionais, o rápido atendimentos e acesso aos tratamentos.

Na UBS também são realizadas atividades de prevenção e controle de doenças através de grupos como, por exemplo, o que fora formado para a prevenção e melhoria das condições de saúde de obesos. Este atua por meio do incentivo à adesão da prática de atividades físicas, bem como, pela instrução nutricional, incluindo atividades lúdicas e oferta de alimentos mais saudáveis. Para a formação dos grupos foram utilizados dados fornecidos por programas como o Hiperdia, que permitem, por meio do acompanhamento e controle dos riscos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, a estratificação do risco cardiovascular dos pacientes.

Nesse sentido, destaca-se que a adoção de estratégias de aproximação e entrosamento entre equipe, usuário e família, vem apresentando bons resultados, ao promover maior confiança nos atendimentos e aderência às orientações de saúde e tratamentos. Ademais, tais ações permitem que os pacientes tenham acesso a melhores serviços e resultados, desonerando todo o sistema.

1.7 O dia a dia da equipe Rosa

A Equipe Rosa atende aos moradores da Vila Bemge, obedecendo a um fluxo em que o paciente que é acolhido por qualquer funcionário da unidade e direcionado

aos membros da equipe correspondente à sua área, passando pelo técnico de enfermagem e ou enfermeira e, quando necessário, pelo atendimento médico.

Na agenda da equipe Rosa predomina a marcação de consultas programadas, seguindo o seguinte cronograma: as segundas-feiras, o turno matutino é destinado à puericultura; terças-feiras, pela manhã, ao pré-natal; quartas-feiras, à tarde, às consultas domiciliares; e os outros horários são para qualquer outra queixa, reservando-se quatro vagas por dia para a demanda espontânea.

A demanda por atendimentos na UBS é alta; dessa forma, utilizam-se as informações obtidas pelos ACS quanto às necessidades de cada indivíduo, família e grupos, como de adolescentes e adictos, indicando também os pacientes que necessitam de atendimento domiciliar. Além disso, os ACS atuam colaborando e facilitando o ingresso dos outros profissionais às áreas e casas com maior dificuldade de acesso.

A fim de coletar e sistematizar as informações obtidas nos atendimentos e fornecidas pelos ACS, semanalmente, são realizadas reuniões em que participam todos os membros da equipe. Essas permitem identificar, mapear e avaliar os problemas de saúde que afetam a comunidade e territórios atendidos. Ademais, mensalmente são realizadas reuniões para avaliar em qual a situação as metas planejadas se encontram. Se estas foram alcançadas, se estão em andamento, o que é necessário modificar para atingi-las, ações que necessitam de continuidade e definição de novos objetivos.

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

A desigualdade e as condições de vulnerabilidade⁴ impactam no comportamento e nos hábitos dos indivíduos, não diferente ocorre com os moradores da região atendida pela equipe Rosa. No contexto em específico, verifica-se a predominância de população de baixa renda, com acesso restrito aos bens e serviços públicos, condições agravadas pela exposição aos altos índices de violência.

⁴A acepção da vulnerabilidade como parâmetro de reflexão e atuação implica o reconhecimento da concomitância de fatores éticos, políticos e técnicos contornando a incidência de riscos nos territórios e a capacidade humana para o seu enfrentamento (CARMO; GUIZARD, 2018).

Em relação à condição de saúde, os dados de atendimento demonstram que o adoecimento mental tem se tornado mais frequente, além da expansão e agravamento de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes, sobretudo por falta de adesão aos tratamentos indicados. Ademais, verifica-se que entre os fatores de risco de maior recorrência está o aumento do peso, com consequente impacto nos registros de casos de sobrepeso e obesidade.

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

O levantamento de informações acerca dos problemas de maior incidência na saúde da população atendida pela equipe Rosa, demonstra que, dentre os mais recorrentes, estão aqueles em que seriam necessárias atuações sistêmicas, por meio de políticas públicas mais amplas e complexas. Ou seja, referem-se a problemas relativos às condições sociais, econômicas e culturais e demandam à implementação de ações que atuem na diminuição da pobreza e da violência.

O quadro 1, a seguir, apresenta a categorização das prioridades identificadas na comunidade atendida pela equipe Rosa. Essas estão classificadas em ordem crescente de acordo com a capacidade de enfrentamento, ou seja, com maior probabilidade de se alcançar resultados positivos, frente aos recursos disponíveis na UBS.

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Rosa, Unidade Básica de Saúde Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, município de Betim, estado de Minas Gerais.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfretamento***	Seleção****
Violência	Alta	6	Fora	6
Pobreza	Alta	6	Fora	5
Crescente número de pessoas com necessidades de tratamento e cuidados especiais em saúde mental	Alta	3	Parcial	4
Falta de adesão ao tratamento	Alta	3	Parcial	3
Hipertensão/diabetes	Alta	6	Parcial	2
Obesidade	Alta	6	Parcial	1

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Diagnóstico situacional da UBS CRISTOVINA Castorina Gonçalves de Souza,

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora;

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Decidiu-se por abordar a prevenção e controle da obesidade e seus efeitos para a promoção da saúde, ao se considerar que a obesidade é uma doença causada pelo acúmulo de gordura no organismo, associado a riscos para a saúde devido a sua relação com várias complicações metabólicas. É uma doença e um fator de risco dos mais importantes nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e que mais têm crescido na população mundial, destacando-se sua difusão em países em desenvolvimento, especialmente na população com menor renda (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Em números absolutos, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que pelo menos um bilhão de pessoas estejam em situação de excesso de peso, das quais, 300 milhões obesas (BRASIL, 2019).

A prevenção e controle da obesidade necessitam de ações de monitoramento e promoção da saúde pela atuação direta de setores competentes; de incentivo à população na compreensão da necessidade de atitudes de auto cuidado e mudanças de hábitos. Ao se tornarem conscientes sobre a importância desses cuidados na prevenção e controle da obesidade, podem introduzir esse estilo de vida em suas casas e entre seus familiares, favorecendo a uma melhora significativa na incidência, prevalência e controle das doenças crônicas.

Essas questões dependem da atuação planejada das equipes de saúde no atendimento à população vulnerável à ocorrência da obesidade, com ações que intervenham para o favorecimento da manutenção da saúde e qualidade de vida dessa população.

Justifica-se dessa forma, a apresentação do Plano de Intervenção aqui proposto, para ser desenvolvido na área de abrangência da UBS Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, município de Betim, Minas Gerais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um Plano de Intervenção para promoção da saúde, com vistas ao combate e prevenção à obesidade e suas comorbidades, por meio da introdução de hábitos saudáveis, junto à população adscrita à UBS Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, Bairro Jardim Teresópolis, no município de Betim, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar levantamento dos dados de saúde dos usuários da UBS Cristovina Castorina Gonçalves de Souza relativos ao grau de obesidade e situação de saúde global;
- Realizar ações de intervenção com a comunidade atendida por meio da introdução da prática de atividades físicas regulares na própria UBS, conscientizando quanto aos seus benefícios à saúde e bem-estar;
- Ofertar orientação e acompanhamento nutricional aos pacientes da UBS a fim de estimular a redução de peso e promover a inserção de hábitos de vida saudáveis;
- Realizar acompanhamento dos atendidos a fim de verificar os impactos na qualidade de vida dos pacientes, sobretudo quanto aos aspectos relativos à saúde global, bem-estar psicológico e longevidade.

4 METODOLOGIA

Em consonância à dinâmica de atendimentos realizada pela equipe Rosa, a metodologia de abordagem do problema abrangeu etapas distintas e complementares. Essas foram desenvolvidas considerando a necessidade de momentos de avaliação e reflexão de suas práticas e resultados. Nesse sentido, assim como sugere o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), considerou-se como premissa que:

[...] a todo o momento estamos revisando nossa situação, a evolução dos nossos problemas e suas explicações e, a partir dessa evolução, revisando nossas intervenções e nossas ações para viabilizar essas intervenções, assim como a sua implementação e a avaliação dos seus resultados práticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.29).

Para tanto, primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional da área, por meio do qual se sistematizou os dados de saúde dos usuários da UBS Cristovina Castorina Gonçalves de Souza. A partir do diagnóstico foi definido o Plano de Ação, seguindo os passos descritos por Faria, Campos e Santos (2018): definição dos problemas; priorização de problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos “nós críticos”; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo; gestão do plano.

Por meio de reuniões realizadas pela equipe Rosa, foram elencados, descritos e pontuados os problemas de maior importância da região atendida, dentre os quais se optou por abordar a obesidade. A partir deste, foram então definidos os nós críticos e, por conseguinte o plano operativo (desenho das operações) que prevê ações de intervenção na comunidade, dentre as quais, identificar, convidar e iniciar atividades com adscritos para prevenir, tratar e reduzir a obesidade e suas comorbidades. Além disso definiu-se como seria realizada a gestão do plano, a fim de que fosse possível acompanhar os resultados das intervenções.

Complementarmente, a fim de obter embasamento teórico para o planejamento, execução e acompanhamento das ações, foi realizada a pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde (BVS) através de descritores como: obesidade; atividade física; Atenção Básica em Saúde e Estratégia Saúde da Família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Estratégia Saúde da Família como acesso ao Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal (CF) de 1988 é um importante marco na história da democracia brasileira. Sua formulação contou com grande participação popular, tornando-a um dos principais instrumentos para a consolidação das garantias dos direitos fundamentais dos cidadãos. Ademais, seu texto está embasado nos princípios previstos nos instrumentos de proteção dos Direitos Humanos, por este motivo, ficando conhecida como a “Constituição Cidadã” (PAIM, 2013).

Dentre as garantias apresentadas na CF, encontra-se a saúde, que faz parte do conjunto dos direitos sociais, assim como “a educação, [...], a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988). Assim como destaca Paim (2013, p.1928):

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado na década de 1990, pode ser considerado um dos principais instrumentos garantidores da cidadania. Corroborando com o contexto de promulgação da CF, sua história remete às lutas pela consolidação da democracia, contando com a intensa participação de profissionais da saúde e da sociedade civil (PAIM et al., 2011). Destaca-se que, antes da existência do SUS, a saúde pública era restrita apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, “cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas” (BRASIL, 2019a).

O SUS tornou-se, assim, um direito ao prever o acesso universal e sem discriminação à saúde, com serviços que vão desde a atenção básica até atendimentos de alta complexidade. Como se apresenta no site do Ministério da Saúde:

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal (BRASIL, 2019b).

Embasado por tal perspectiva, o texto constitucional apresenta a saúde como um dos deveres do Estado, devendo essa ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, com foco na prevenção e na universalidade (BRASIL, 1988). Neste sentido, quanto a sua estrutura e funcionamento, a CF prevê que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade, sobretudo em vista do processo de descentralização e investimentos direcionados à atenção básica. (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui grande relevância, por se tratar da principal porta de acesso dos usuários ao SUS (MALTA *et al.*, 2016). Uma vez que atua com os atendimentos iniciais, seu foco está direcionado às pessoas, garantindo-lhe um caráter social. Sobre a APS, destaca-se que:

Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM *et al.*, 2011, p. 21).

Dentre as ações implantadas com a finalidade de garantir qualitativamente a Atenção Básica em Saúde, destaca-se o Programa Saúde da Família o qual, por suas potencialidades e resultados, passou a ser reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016). Todavia, a relevância institucional desse programa se deu, fundamentalmente, “pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente” (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016, p.1500).

Sobre essa questão Santos, Mishima e Merhy (2018 p. 862) destacam que a ESF funciona como:

[...] uma mola propulsora de reorientação do modelo na Atenção Primária à Saúde (APS), ao propor atenção contínua a uma população de território definido, com o compromisso de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional.

Nesse sentido, a ABS se organiza de forma a ofertar as condições para que a população busque uma melhor qualidade de vida, focando em um atendimento integral, direcionado e, sobretudo contextualizado. Ou seja, considerando as “necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional, como a equipe de Saúde da Família” (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p.862). Em relação a tais aspectos, acrescenta-se que:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, e espera-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário. Nas últimas duas décadas, a ESF ampliou significativamente o acesso aos serviços de atenção à saúde. Para dimensionar essa questão, cabe citar que, em janeiro de 2000, havia 4.563 Equipes Saúde da Família (EqSF) implantadas, assistindo a 8,8% da população brasileira, e, em fevereiro de 2015, esse percentual de cobertura era de 57% (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018, p.78).

Sobre o funcionamento da ESF, Malta et al. (2013) ressaltam que esta se organiza por meio de equipes de saúde da família, as quais são compostas por um grupo multidisciplinar de profissionais como: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros. Tais equipes “atuam em áreas geográficas definidas”, com um número de adscritos variável “de acordo com o risco e a vulnerabilidade social da população coberta” (BRASIL, 2011 *apud* MALTA et al., 2013, p.328).

Sendo assim, considerando sua capilaridade e estratégia de acolhimento do usuário, a ESF vem se apresentando como uma importante ferramenta de promoção da saúde e qualidade de vida para a população brasileira. A metodologia de abordagem utilizada pela ESF constitui uma opção para “superar o modelo biomédico hegemônico, que restringe o fazer em saúde a intervenções voltadas para a cura e controle dos sintomas, com progressiva fragmentação e medicalização do

cuidado” (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p.862). Ademais, o modelo de funcionamento, com foco na integralidade e na prevenção prediz de estratégias que abordam os problemas de saúde em suas causas e consequências, de maneira sistemática e abrangente, permitindo também intervir em diversos fatores que colocam a saúde em risco como, por exemplo, falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco.

5.2 Prevenção e controle da Obesidade e suas comorbidades no âmbito do Sistema Único de Saúde

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como uma doença, de caráter multifatorial, decorrente de balanço energético positivo, que favorece o acúmulo de gordura e acarreta malefícios à saúde (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Essa pode estar vinculada a distúrbios cardiovasculares, endócrinos, respiratórios, dermatológicos, geniturinários, musculoesqueléticos, disfunções gastrointestinais, neoplasias, além de causar prejuízos de caráter psicossocial e no condicionamento físico (MENDONÇA; ANJOS, 2004; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

Atualmente, a obesidade encontra-se categorizada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde⁵ (CID), no escopo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DIAS *et al.*, 2017). Trata-se de uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), que pode estar arrolada a casos de óbito. Nesse sentido, utiliza-se a seguinte definição de DCNT:

As DCNT podem ser caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, causa necessária desconhecida, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas 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, p.524).

⁵ Em língua inglesa: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD).

Coerentemente, Malachias et al. (2016) destacam a obesidade como um fator de risco que agrava a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melito (DM), Doenças Cardiovasculares (DCV), entre outras. Ainda segundo tais autores, a obesidade também está associada a quadros de HAS em idade pediátrica, assim como à ocorrência da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS), que progressivamente se agrava tornando-se crônica, podendo levar a morbidade e mortalidade cardiovasculares (WANNMACHER, 2016).

Da mesma forma, em relação às evidências dos riscos da obesidade em diferentes condições mórbidas, para além das DCNT, OMS 2011 citado por Wannmacher (2016, p. 2) complementa que:

Obesidade e sobrepeso em adultos trazem como consequências [...] diabetes, osteoartrite, alguns cânceres (colorretal, renal, esofágico endometrial, mamário, ovariano e prostático), dificuldades respiratórias como hipoventilação crônica (síndrome de Pickwick) [e que] em crianças associa-se a maior chance de [...] morte prematura e incapacidade funcional na fase adulta. Além desses riscos futuros, crianças obesas têm dificuldades respiratórias, maior risco de fraturas, efeitos psicológicos e precoces indicadores de doença cardiovascular e resistência à insulina.

A incidência da obesidade está relacionada a diversas causas, contando com uma possível associação de fatores, genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). Ademais, destacam-se, entre outros condicionantes, “a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes” (DIAS et al., 2017).

Para realização do seu diagnóstico, utiliza-se a classificação da OMS, baseada no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), o qual é definido como a razão entre o do peso (kg) e o quadrado da altura do indivíduo (m²). (TAVARES, NUNES; SANTOS, 2010). Contudo, Dias et al. (2017) alertam quanto ao uso descontextualizado e indiscriminado desse índice, uma vez que “o IMC não mede a composição corporal, portanto, parece haver inconsistência quanto a sua aplicabilidade para diagnosticar uma doença caracterizada por acúmulo de gordura” (DIAS et al., 2017, p.3).

Porém, o agravante em relação à obesidade é que ela tem se configurado como uma pandemia, influenciada pelos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Sendo esses resultantes de mudanças nos padrões de desenvolvimento dos países; nas taxas morbimortalidade e fecundidade; assim como nos modelos de nutrição e consumo (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). Dessa forma, verifica-se o crescimento dos casos de obesidade em países de menor renda, que passam por processos de intensa urbanização e modernização, que trazem consequências nas dinâmicas sociais, econômicas e culturais (TAVARES, NUNES; SANTOS, 2010).

Visto sua ascendência no cenário brasileiro, os órgãos públicos têm tratado a obesidade no âmbito das ações de promoção da saúde. Desta forma, as políticas desenvolvidas abarcam ações para além do tratamento e medicalização da doença, considerando “a alimentação adequada e saudável e as práticas corporais e de atividade física como prioritárias” (DIAS et al., 2017, p.4). Sobre tal panorama, também se destaca que:

Desde 2007 foram publicadas portarias que pautam a organização da linha de cuidado e estabelecem critérios para o serviço de assistência de alta complexidade para os pacientes com sobrepeso e obesidade, incluindo a garantia do tratamento cirúrgico. Ainda que o recurso à cirurgia possa reforçar o enfoque patológico e curativo, essa alternativa de tratamento passou a ser um direito no âmbito do SUS (DIAS et al., 2017, p.4).

Nesse mesmo viés, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, lançou a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios, em 2014, em que se prevê “[...] a necessidade de que os gestores federais, estaduais e municipais modifiquem ou promovam a adequação dos espaços físicos, construindo ou revitalizando estruturas utilizadas de forma a promover modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2014a, p. 33).

Esse documento também prevê a organização de ações integradas e interdisciplinares, a fim de promover mudanças nos hábitos de vida, que ultrapassem a lógica da normatização ou da culpabilização dos indivíduos e suas famílias. Nesse sentido, “entende-se que as mudanças não se restringem apenas ao consumo de alimentos e à atividade física, mas têm influência sobre toda a constelação de significados ligados ao comer, ao corpo e ao viver” (BRASIL, 2014a, p. 51).

Dentre as principais ações recomendadas pela CAISAN, para serem desenvolvidas por estados e municípios, destacam-se:

- Garantir o cuidado integral ao indivíduo com excesso de peso e obesidade na rede de atenção à saúde, desde os serviços de Atenção Básica até os pontos de atenção de maior densidade tecnológica (serviços de média e alta complexidade);
- [...]
- Estabelecer o cuidado compartilhado por meio de protocolo com os diversos pontos de atenção;
- Garantir o apoio do serviço de diagnóstico e terapia para a oferta do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade;
- Fomentar ações de prevenção e promoção da alimentação adequada e saudável na atenção básica;
- Articular ações intersetoriais com os diversos equipamentos públicos para o controle da obesidade no território;
- [...]
- Promover a adesão das equipes de atenção básica e saúde da família ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2014a, p. 51-52).

Ademais, no que se refere a atenção integral à saúde da população na Rede de Atenção Básica (RAS), visando a prevenção e controle de sobrepeso e obesidade, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional preconiza que:

A atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade, no Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser realizada a partir dos princípios e diretrizes deste sistema (universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde). Deve prover um conjunto de cuidados que contemplem ações de promoção e proteção da saúde, assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade e outros agravos à saúde associados a ela, organizados e ofertados de forma conjunta pelas três esferas de gestão. As ações neste sentido devem contemplar indivíduos, famílias e comunidades e devem considerar: as especificidades das diferentes fases do curso da vida, de gênero e dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais. (BRASIL, 2014a, p. 51).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, também editou o documento Cadernos de Atenção Básica nº 38, no qual a apresenta a obesidade no cerne das discussões. Tal publicação tem como objetivo “subsidiar os profissionais de Saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional” (BRASIL, 2014b, p. 15). A proposta apresentada prioriza uma abordagem conjunta

do problema, destacando que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição considera:

[...] a obesidade como um dos grandes desafios do contexto atual e suas diretrizes norteiam a organização do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, que devem ocorrer no cotidiano dos serviços de Saúde, assim como macropolíticas que potencializem uma vida mais saudável. (BRASIL, 2014b, p. 15).

No âmbito das UBS, as ações são desenvolvidas de acordo com as orientações do MS, que prevê a inserção na rotina das atividades e serviços direcionados ao controle e prevenção da obesidade das Unidades de Atenção Básica. Nesse sentido, as UBS, por meio das Equipes de Saúde da Família, tornam-se locais privilegiados para o “desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população” (BRASIL, 2014b, p. 20), incluindo orientações nutricionais e alimentares como prática rotineira e cotidiana, considerando a singularidade e contexto sociocultural do usuário.

Importante destacar que as ações e estratégias desenvolvidas pela EqSF devem ser direcionadas de forma a acompanhar o impacto das ações de intervenção desenvolvidas, em relação a evolução do estado nutricional do usuário, famílias e comunidade. Nesse sentido, destaca-se o papel da EqSF, no âmbito da RAS, em promover o envolvimento e a sensibilização de toda a comunidade adscrita a fim de empoderar os usuários sobre “suas condições de saúde de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado [...] para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua realização” (BRASIL, 2014b, p. 31).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Seguindo a metodologia prevista no PES, para elaboração de Projetos de Intervenção, foram realizadas reuniões, com os membros da equipe Rosa, onde se apresentou e discutiu o diagnóstico situacional da área de atuação.

Por meio dessa análise, foi possível mapear a condição de saúde do território de abrangência e estabelecer a organização, orientação e o planejamento das ações que seriam implantadas para o enfrentamento do problema escolhido (obesidade).

6.1 Descrição do problema selecionado(terceiro passo)

De acordo com a metodologia selecionada, “quando falamos de um problema, não estamos referindo a um problema isolado, mas a todos os problemas relacionados a ele, ou seja, suas causas e consequências” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.57). Dessa forma, ao selecionar a obesidade, sopesou-se a condição física, social e econômica da população atendida, as comorbidades às quais a doença está relacionada e as condições objetivas de atuação disponíveis à equipe. Destaca-se, nesse processo, a importância da avaliação apresentada pelos integrantes da equipe.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Apesar de sua difusão em escalas globais, a obesidade trata-se de um problema de abordagem recente na agenda internacional. Não diferente, a discussão sobre sua prevalência na população brasileira, ganhou relevância visto seu aumento nas diversas camadas sociais, faixas etárias e ambos os sexos. (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010; DIAS *et al.*, 2017). “Em adultos, o excesso de peso e a obesidade atingiram 56,9% e 20,8% da população em 2013, respectivamente” (DIAS *et al.*, 2017, p. 2).

Não diferente do que se apresenta nas pesquisas sobre o tema, o aumento de sobrepeso e obesidade foi identificado nos usuários da UBS Cristovina Castorina Gonçalves de Souza, durante visitas domiciliares, grupos operativos e consultas médicas realizadas pela equipe Rosa. Dentre as causas elencadas está a precariedade de informações sobre hábitos saudáveis de vida, as mudanças dos

padrões de alimentação, a falta de práticas esportivas, o aumento do sedentarismo e o baixo gasto energético nas atividades desenvolvidas em suas rotinas (TAVARES; NUNES; SANTOS 2010).

6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo)

Os “nós críticos” se referem às causas mais relevantes do problema e que precisam e podem ser enfrentadas pela equipe, com ações diretas (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Dessa maneira, foram selecionados os seguintes:

- Alimentação rica em hidratos de carbono.
- Sedentarismo.
- Ansiedade.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Tendo em vista a explicação e a identificação de suas principais causas, ou seja, após a delimitação dos “nós críticos”, coube à equipe definir as estratégias para enfrentamento do problema. Para tanto, foram elaborados quadros operativos onde se descrevem as operações; identificam-se os produtos e resultados esperados; e delimitam-se os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa, do município de Betim, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Alimentação rica em hidratos de carbono.
Operação	Melhorar a alimentação qualitativamente e quantitativamente.
Projeto	TERÊ SAÚDE
Resultados esperados	Redução de 5% do peso corporal após 6 meses.
Produtos esperados	Orientações nutricionais aos grupos e práticas através de refeições elaboradas pelos participantes.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: conseguir espaço nos diversos meios de comunicação e mobilização social Financeiro: para aquisição de materiais de divulgação para a realização de atividades físicas e para as refeições baseadas na alimentação diária ideal.
Recursos críticos	Cognitivo: Estudo da equipe de saúde para aprimorar conhecimento e ações na comunidade. Orientações e avaliações do conhecimento passado aos participantes. Político: Divulgação das atividades para a população através de vários meios de comunicação. Financeiro: Subsídio para aquisição de materiais de divulgação, para a realização de atividades físicas, grupos e para as refeições baseadas na alimentação diária ideal.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria de saúde e gerência da UBS. Motivação: favorável.
Ações estratégicas	Apresentar projeto para Secretaria de Saúde.
Prazo	Início imediato e 1 mês para iniciar com nutricionista.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e Nutricionista.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Frequência de dois dias na semana e avaliação a cada três meses.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa, do município Betim, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Sedentarismo.
Operação	Conscientizar usuários sobre a importância da atividade física; busca ativa de pacientes com obesidade mórbida e acesso a pacientes hipertensos, diabéticos e relacionados à saúde mental.
Projeto	MEXA-SE
Resultados esperados	Pacientes mais ativos e participativos em casa e na sociedade. Controle de doenças crônicas e redução de peso e do uso medicamentos.
Produtos esperados	Grupos de ginástica, corrida, ou caminhada com frequência de duas aulas por semana.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais qualificados para as diversas atividades a serem efetuadas (NASF: nutricionista, psicólogo, endocrinologista, profissional de Educação Física), área para a prática das atividades, colchonetes, equipamentos para as medições. Cognitivo: Estudo da equipe de saúde para aprimorar conhecimento e ações na comunidade. Orientações aos usuários acerca da importância da atividade física Político: Divulgação das atividades para a população através de vários meios de comunicação. Financeiro: Materiais de divulgação, para a realização de atividades físicas, grupos.
Recursos críticos	Político: Divulgação das atividades para a população através de vários meios de comunicação. Financeiro: Materiais de divulgação, para a realização de atividades físicas, grupos.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria de saúde e gerência da UBS. Motivação: favorável.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto à equipe de saúde e aos profissionais do NASF
Prazo	Início imediato.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e profissional de Educação Física
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Frequência de dois dias na semana e avaliação a cada três meses.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rosa, do município Betim, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ansiedade
Operação	Identificar, instruir e se necessário medicar pacientes com diagnóstico de ansiedade.
Projeto	MAIS LEVEZA
Resultados esperados	Controle de pacientes com ansiedade, melhor adesão ao grupo e diminuição da ingestão de alimentos com melhora do quadro de ansiedade.
Produtos esperados	Grupos educativos Grupos de ginástica, corrida ou caminhada com frequência de duas aulas por semana.
Recursos necessários	Cognitivo: discussão em grupo sobre sinais e sintomas de ansiedade, importância do tratamento e estratégias de comunicação Político: conseguir espaço nos diversos meios de comunicação e mobilização social Financeiro: para aquisição de materiais de divulgação tanto para atividades educativas quanto para atividades físicas
Recursos críticos	Estrutural: Profissionais qualificados para as diversas atividades a serem efetuadas (, psicólogo, endocrinologista), área para a prática das atividades Político: Divulgação das atividades para a população através de várias vias de comunicação. Financeiro: Materiais de divulgação, para a realização de atividades físicas, grupos e para as refeições baseadas na alimentação diária ideal.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: gerência da UBS e população Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto à equipe de saúde e aos profissionais do NASF
Prazo	Início imediato.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e psicólogo
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Frequência de dois dias na semana e avaliação a cada três meses.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde integral e de qualidade é um desafio que deve ser enfrentado considerando o sujeito como o principal foco de atuação, sem prescindir o contexto e a complexidade das relações em que esses estão inseridos. Nesse sentido, destaca-se o incentivo ao protagonismo do paciente, como sujeito ativo e promotor de saúde, no âmbito individual e como ator coletivo, membro de uma comunidade.

A seleção da obesidade, como problema a ser enfrentado pela equipe Rosa, corrobora com uma perspectiva de promoção da saúde na qual se avalia o paciente em sua totalidade. A relevância em abordar os problemas nessa perspectiva, se torna compreensível quando se vislumbra os impactos positivos do cuidado na saúde global de toda a população. Com tais ações busca-se ganhos em qualidade de vida e a diminuição das demais comorbidades relacionadas à doença.

Não por acaso o projeto desenvolvido pela UBS Cristovina Castorina Gonçalves de Souza vem obtendo resultados favoráveis. Desde sua concepção em 2017, já foram ministradas mais de cem aulas de atividade física, atendendo a aproximadamente dois mil usuários. Todavia, ainda há necessidade de maior sistematização do projeto, ampliação da oferta e adesão pela população, fatores que dependem de uma aproximação efetiva da equipe com os adscritos.

Nesse aspecto, ressalta-se a importância da participação dos profissionais da UBS, tanto na realização das ações de promoção de saúde, quanto na difusão, orientação, acompanhamento, planejamento e avaliação dos resultados. Pontua-se, ainda a preocupação em realizar um atendimento qualitativo e direcionado, em que a equipe tenta solucionar as demandas dos usuários de acordo com suas especificidades, adotando uma perspectiva assistencial e humanizada nos acolhimentos.

Também merece atenção o papel pedagógico exercido por esses profissionais, ao incentivar a prevenção de doenças, por meio da educação em saúde, pela sensibilização da população quanto à importância do consumo de alimentos saudáveis, adaptações nos estilos vida e inserção de atividades físicas nas rotinas. De forma que atuam, também, como promotores de Direitos Humanos, ao garantir o acesso do cidadão aos bens e serviços ofertados pela Estado.

Por fim, destaca-se a importância da compreensão e da valorização dos trabalhos desenvolvidos em rede, em que são acionados os diversos serviços públicos a fim de promover a melhoria das condições objetivas da comunidade. Contexto em que se torna possível promover a participação de todas as esferas da administração e o engajamento social necessários às mudanças estruturais que o país tanto necessita.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n.5, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. Acesso em: 03 set. 2019.
- BETIM, Prefeitura Municipal de Betim. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção à saúde**. 2014a. Betim: Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/diretoria_operacional/39121%3B52465%3B07243402%3B0%3B0.asp>. Acesso em: 19 jul. 2019.
- BETIM, Prefeitura Municipal de Betim. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Betim: Secretaria Municipal de Saúde, 2014b. 105 p. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude;;20150213.pdf>. Acesso em 19 jul. 2019.
- BRASIL. Constituição Federativa do Brasil. Brasília, DF: **DOU**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 out. 2011.
- BRASIL, ATLAS. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/betim_mg>. Acesso em: 16 maio. 2019.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Estratégia Intersetorial de prevenção e controle da obesidade**: recomendações para estados e municípios. Brasília: CAISAN, 2014a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategiaobesidade.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. Brasil, 2019a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 02 set. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Especializada e Hospitalar:** Obesidade. Brasil: 2019b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade>>. Acesso em 08 ago. 2019.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface** (Botucatu) v. 22, n. 64, p. 77-86, Mar. 2018 [online], Botucatu, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad.Saúde Pública**, v. 34, n.3, p. e00101417, 2018.

DATA SUS, Departamento de informática do SUS. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.** Brasil, 2019. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

DIAS, Patrícia Camacho et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n. 7, e00006016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19ago. 2019.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco. Carlos. Cardoso de. SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, **Cidades@.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/betim/panorama>>. Acesso em: 16 maio.2019.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antônio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.3, p. 698-709, 2004.

MALACHIAS, Marcus V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 3 - Avaliação Clínica e Complementar. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n.2, p. 327-338, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n10/1927-1936/pt/>>. Acesso em: 03 set. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

PEREIRA, R S. **Plano de Intervenção Para Reduzir o Uso Inadequado e Sobredose de Medicamentos na Equipe de Saúde da Família Lilás, no Município de Betim - Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr** Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-52732004000400012&lng=pt&nrm=iso&tng=pt>. Acesso em: 27 ago. 2019.

PINHO, Breno Aloísio Torres Duarte de. **População e Pobreza: uma análise da Região Metropolitana de Belo Horizonte**. Orientador: Fausto Reynaldo Alves de Brito 2016. 266 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Belo Horizonte 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/FACE-AFSJMB>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

RUGANI, Jurema Marteleto. **Betim, no caminho que vai das Minas à industrialização: a lógica da organização do espaço dos centros industriais metropolitanos**. Orientador: João Júlio Vitral Amaro. 2001. 210f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Escola de Arquitetura, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/MMMD-A6RFBL>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

SANTOS, Debora de Souza, MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 23, n. 3. p. 861-870, 2018 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>. Acesso em 03 set. 2019.

TAVARES, Telma Brava; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais-RMMG**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>>. Acesso em: 28 ago. 2019

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, p. 185-194, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000100024&script=sci_arttext#ModalArticles>. Acesso em 18 ago. 2019.

WANNMACHER, Lenita. **Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade**: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Brasília: OPAS/OMS - Representação Brasil, v.1, n.7, p.1-10, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1535-obesidade-como-fator-risco-para-morbidade-e-mortalidade-evidencias-sobre-o-manejo-com-medidas-nao-medicamentosas-5&Itemid=965> Acesso em: 10 jan. 2019.