

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

YOULEIDYS ALVAREZ CARBALLEA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE OBESIDADE EM ADULTOS DO PSF
RENASCER DIAMANTINA/MG**

Diamantina /Minas Gerais
2016

YOULEIDYS ALVAREZ CARBALLEA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE OBESIDADE EM ADULTOS DO PSF
RENASCER DIAMANTINA/MG**

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

Orientadora: Profa. Rosiene Maria de Freitas

Diamantina /Minas Gerais
2016

YOULEIDYS ALVAREZ CARBALLEA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE OBESIDADE EM ADULTOS DO PSF
RENASCER DIAMANTINA/MG**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., titulação (Dr./Me.), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.

DEDICATÓRIA

A Deus, pois sem ele nada é possível.

À minha família, em especial a mis pais por cuidar de minha filha, sem seu apoio eu não ficaria no Brasil.

AGRADECIMENTOS

A minha equipe de Saúde Renascer, que sempre me ajudou na realização deste projeto.

Ao meu orientadora, pela paciência e compreensão, e por não ter desistido de mim, muito obrigada.

A todos os amigos que me ajudaram de uma forma ou outra para concretização desse objetivo.

RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Renascer observou-se alta incidência de obesidade em adultos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para reduzir o número de adultos obesos na ESF Renascer no município de Diamantina-MG . Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos de vida inadequados; nível de informação e processo de trabalho da equipe. Foi realizado um estudo com oficinas mensais entre obesos cadastrados, no período de janeiro a junho de 2015, na UBS Renascer. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “**Cuidar da saúde**” para manter a população mais informada sobre hábitos alimentares adequados e para aumentar as possibilidades para a prática regular de atividade física; “**Viver Melhor**” para manter a população mais informada sobre riscos e agravos da obesidade e “**União de ações**” para implantar a linha de cuidado para obesidade na população adulta.

Palavras chave: Obesidade, Hábitos de Vida ,Atenção Primária

ABSTRACT

Situational diagnosis of the area covered by the Family Health Strategy Renascer was observed a high incidence of obese adults. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to reduce the number of obese adults by the Family Health Strategy Renascer in the municipality of Diamantina. In this study we selected the following critical node: inadequate lifestyle; level of information and; team work process. It will be made a study by workshops and accompanied with obese enrolled in a Basic Health Unity (BHU) during the period January to June 2015 at the BHU Renascer, Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "Health Care" in order to keep the more informed population about proper eating habits and to increase the opportunities for regular physical activity; "**Living Better**" in order to keep the more informed people about risks and obesity problems and "**Union actions**" to implement the care line to obesity in adults.

Keywords: Obesity, Lifestyle, Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Georeferenciamento e Estatística

IMC: Índice de Massa Corporal

APS: Atenção primária de saúde

RAS: Redes de Atenção em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivos Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 Estratégias de avaliação da intervenção	21
5 REVISÃO DA LITERATURA	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1-INTRODUÇÃO

A cidade de Diamantina , localizada no estado de Minas Gerais, fica a uma distância de 382 km de Belo Horizonte, capital mineira e 678.6 km da capital brasileira, Brasília e a população atual é de aproximadamente 4532, segundo Instituto Brasileiro de Georeferenciamento e Estatística de o (IBGE).

Com quase três séculos de fundação, passando de povoado a arraial até chegar a município, Diamantina é uma cidade rica em história e tradições. Possui um patrimônio arquitetônico, cultural e natural rico e preservado.

A formação do município está intrinsecamente ligada à exploração do ouro e do diamante. A ocupação inicial do território se deu com Jerônimo Gouvêa, que, seguindo o curso do Rio Jequitinhonha, encontrou, nas confluências do Rio Piruruca e Rio Grande, uma grande quantidade de ouro.

Por volta de 1722, começou o surgimento do povoado, sempre seguindo as margens dos rios que eram garimpados. A partir de 1730, ainda com uma população flutuante, o Arraial do Tijuco foi se adensando. Por meio da expansão de pequenos arraiais ao longo dos cursos d'água em direção ao núcleo administrativo do Tejuco, foi se formando o conjunto urbano de Diamantina, tendo como primeiras vias a Rua do Burgalhau, Rua Espírito Santo e Beco das Beatas.

Em 1938, o conjunto arquitetônico do Centro Histórico da cidade foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, e, no final da década de 90, veio o reconhecimento mundial: Diamantina recebe da UNESCO o título de Patrimônio Cultural da Humanidade.

Atualmente, Diamantina é uma das cidades históricas mais conhecidas e visitadas do país. O casario colonial, de inspiração barroca; as edificações históricas; as igrejas seculares; a belíssima paisagem natural e uma forte tradição religiosa, folclórica e musical conferem uma singularidade especial à cidade.

Construída em um sítio íngreme, possui traçado urbano sinuoso, formado por ruas estreitas com calçamento em pedra. O casario, definidor das ruas, não possui recuo frontal e se destaca pelo colorido vivo das esquadrias que contrasta com o branco das paredes. Há várias igrejas no centro, em geral se destacam do entorno no qual estão inseridas. Nota-se o uso de elementos que remetem à arquitetura portuguesa influenciada pela árabe, como muxarabis e treliças nas janelas e varandas. A morfologia urbana de Diamantina foi inspirada nas cidades medievais portuguesas. Na área central da cidade encontramos uma parte plana, de pedras acinzentadas. A tipologia comum é a colonial, havendo poucos exemplos de construções neoclássicas, ecléticas ou neocoloniais. A arquitetura moderna está representada por três obras de Oscar Niemeyer, da década de 50. Encravada na inóspita Serra do Espinhaço, Diamantina é um exemplo vivo de arquitetura colonial de linhas e formas suaves, adaptadas aos trópicos.

O município de Diamantina localiza-se na chamada borda da Serra do Espinhaço, na região do Jequitinhonha, dividindo as bacias do rio São Francisco e do rio Jequitinhonha. Está distante da capital Belo Horizonte 282 km e faz limites com os municípios de Gouvêa, Datas, Serro, Couto de Magalhães de Minas, Monjolos, Augusto de Lima, Buenópolis, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Olhos d' Água, Bocaiúva e Carbonita. Possuindo uma área de 3.869km² e uma população de 44.746 habitantes, segundo dados do IBGE 2007.

Atualmente a economia de Diamantina baseia-se na agropecuária, na mineração, pequenas indústrias e no turismo

Quadro 1. Aspectos Demográficos

Nºde indivíduos	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 mais	total
Homes	127 4	181 3	2256	2435	2268	1909	3152	2848	1926	2074	21955
Mulher	116 3	172 8	2168	2463	2362	2007	3354	3120	2119	2865	23349
Total:	243 7	354 1	4424	4898	4630	3916	6506	5968	4045	4939	45304

Fonte : IBGE 2010

Taxa de crescimento anual: 0,617 %, em relação a população atual.

Densidade demográfica: 330.415hab./km² aproximadamente.

Taxa de Escolaridade:

- Alfabetizadas com 15 anos ou mais: 94%
- Frequentam a escola com idade de 7-14 anos: 93%

La maioria da população procura a sentença de SUS, mais também tem assistência particular. El município como clinicas privada que existem assistência de especialista.

O Conselho Municipal de Saúde é ativo no município, na qual acontecem as reuniões mensalmente, sendo formado por usuários de SUS: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Patrimônio, Secretaria Municipal da Educação, Secretaria Municipal de Finanças, Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural, Secretaria Municipal de Administração e Planejamento, Secretaria Municipal da Saúde, Chefia de Gabinete, Assessoria Jurídica do Gabinete, Prefeito Municipal, Secretaria Municipal de Governo, Secretaria Municipal de Esporte, Lazer e Juventude, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social.

Programa de Saúde da Família: O Programa foi implantado em 2005 no município. Atualmente são 9 equipes, funcionando todos os dias de segunda a sexta, localizada em toda a cidade. A cobertura do município é de 100%.

Sistema de Referência e Contra referência: O Consorcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Jequitinhonha, localizado nesta cidade. Presta serviço a todos os municípios associados, oferecendo consultas médicas especializadas e exames aos pacientes.

Redes de Alta e média complexidade: Hospital Nossa Senhora da Saúde e Santa Casa de Caridade, onde funciona o Pronto Atendimento (na cidade de Diamantina) e outros hospitais conveniados na rede SUS em Belo Horizonte.

Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, cargo horária semanal, horário de trabalho)

- **Plantão pronto atendimento Santa Isabel:** Temos 7 Médicos plantonista 24 horas revezando semanalmente, 05 Enfermeiro Responsável Técnico trabalhando 40 horas semanais no horário de 08:00 as 17:00; e 02 Enfermeiro noturno trabalhando em escala de plantão 12/36 horas, 10 Técnicos de Enfermagem, no esquema de plantão, 12/60, dando um total de 40 horas semanais, 03 Auxiliar de Serviço Geral, trabalhando 40 horas semanais, 04 Recepcionistas, 40 horas semanais, 02 Vigilantes; 40 horas semanais,
- **Hospital Nossa senhora de saúde:** Tem profissionais trabalhando 40 horas semanais no horário de 07:00 as 16:00, mais fazem plantão 24 hora , 02 médico plantonista em especialidade em pediatria e ortopedia, Existem especialidade, ginecologista, ortopedia, pediatra, intensivista neonatal, Enfermeiro vários em as diferentes especialidades, Técnico de Enfermagem vários também por especialidades.

O número de família e de habitantes: 606 famílias que compreendem a 4100 pessoas.

Nível de alfabetização:

- 7 a 14 anos na escola: 100%
- 15 anos ou mais: 93,83%

Quadro 2. Estrutura por idade e sexo da população

Grupo de idades	Masculino	%	Feminino	%	TOTAL	%
< 1 ano	20	0,87	11	0,48	32	1,35
1 – 5 anos	166	7,2	92	4,0	258	11,2
6 – 11 anos	143	6,2	79	3,3	221	9,5
12 – 18 anos	331	14,4	213	9,3	544	23,5
19 – 30 anos	551	24,1	387	16,9	938	41,0
31 – 50 anos	438	19,1	430	19,0	868	28,1
51 – 59 anos	486	21,2	466	20,0	954	41,2
60 miam ano	149	6,5	148	6,4	297	12,9
Total	2284	100	1816	100	4100	100

Fonte: Historia de saúde familiar

A taxa de emprego e principais postos de trabalho na área de abrangência são o emprego nos comércios formais e informais(a grande maioria), pedreiro e garimpo.

A população da área de abrangência do ESF. Renascer/Rio Grande é de baixo poder aquisitivo. Sendo as principais condições de saúde acompanhadas pela equipe são um total de 447 hipertensão, 160 diabéticos, de um total de 207 pacientes idosos(com mais de 60 anos) - 12 estão acamados. Há um total de 580mulher em idade fértil (10 a 49 anos) sendo que 17 são gestantes crianças de 0-2 anos são 34 crianças , delas com baixo peso ao Nascer são 3 durante o ano, com mias de 2 - 5 anos são 58 crianças ,delas asmáticas são 3. O número de adolescentes são 108 , fumantes 209 pacientes , obesos 49 e alcoólicos 30. As principais causa de óbito minha área de abrangência foro de 10 paciente , 6 cardiovasculares seguido de 4 por câncer , não tenho óbito materno , mais tiver 3 óbito fetais . As principais causas de internamento foro doenças cardiovasculares.

A área de abrangência possui. Uma Igreja Católica e 3 igreja evangélica. Dentre as ruas encontramos os comércios e casas dos moradores. A associação do bairro é muito boa, uma população muita ativa-os membros estão sempre, participando dos conselhos municipais, reunião da Câmara de Vereadores para reivindicar melhorias. Todos têm acesso a sistema de saneamento básico, luz, telefone, correio e as Agências bancárias , drogaria de SUS .

O ESF Renascer Rio Grande é de acesso bem facilitado à população que está sempre utilizando os serviços oferecidos. O horário de funcionamento é das 07:00 as 17:00 horas, de segunda a sexta – feira e foi criado em 1997. Conta com os seguintes recursos humanos :médica do programa mais medico, medica brasileira, enfermeira e 5 agentes comunitários de saúde. O espaço físico é bem restrito, o que compreende a uma recepção, dois consultórios médicos, uma sala de reunião, sala de curativo, sala de micro nebulização e injetáveis, dois banheiros para uso da comunidade e um para uso dos

funcionários, sala de materiais de limpeza e sala de estoque de materiais e arquivo.

Os serviços oferecidos a comunidade são: Acolhimento: realizado pela enfermeira, acontece todos os dias no horário de 07:00 as 08:00, Consultas médicas: são realizadas durante toda a semana no período da manhã e tarde, Consultas de puericultura: realizadas pelas enfermeiras, acontecem no período da manha de terça feira, Preventivo do Colo Uterino: Realizados pelas enfermeiras, no período da manha e tarde quarta , Consultas de enfermagem: Realizados durante todos os dias, no horário de funcionamento, Aferição de Pressão Arterial, Micro nebulização, Reidratarão Oral, Aferição de Glicemia: durante todo o período de funcionamento do ESF, Visita Domiciliar: De acordo com a agenda, realizado pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Caminhadas com grupo de idoso todos os dia de manha com agente comunitário de saúde . *Reunião com El equipe uma vês por méis. Grupo de diabéticos e de fumantes cada 15 dias.*

Após a realização do diagnostico situacional do área de abrangência do PSF Renascer nossa equipe de saúde definiu os principais problemas e foram organizados por ordem de prioridade.

A equipe ESF Renascer tendo como base o Planejamento Estratégico (PES) definiu os problemas principais sendo:

- Alta incidência de obesidade em adultos
- Elevada incidência de hipertenso.
- Elevado número de diabéticos
- Elevada numero de pacientes com dislipidemia
- Elevada numero de fumantes

Segundo Passo. Priorização dos problemas.

Na tabela abaixo demonstra-se a relação dos problemas priorizados pela equipe Renascer , assim como os critérios utilizados para essa seleção.

Quadro 3. Priorização dos problemas do PSF Renascer .

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de obesidade em adultos	Alta	07	Parcial	01
Elevado numero de diabéticos	Alta	06	Parcial	02
Elevado número de hipertensos.	Alta	05	Parcial	03
Elevado numero de fumante	Alta	04	Parcial	04
Elevado numero de paciente com dislipidemia	Alta	03	Parcial	05

Fuente: Reunião da ESF

Seleção dos “ nos críticos”.

- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas de obesidades
- Baixo nível de informação da população acerca da obesidade.
- Desorganização do processo de trabalho da equipe.
- Dificuldade do pessoal capacitado em educação física.

Por esta razão a ESF Renascer compreende que é necessário e viável a realização de ações que busque a redução da obesidade nos adultos já obesos, como também evitar/reduzir os pacientes com sobrepeso e risco de obesidade, evitando assim a médio e longo prazo uma série de complicações advindas desta condição.

2-JUSTIFICATIVA

A Obesidade constitui um problema de saúde no Brasil , um 52,5 % dos brasileiros estão acima de peso, e 17,9 % da população esta obesa ,considerando se um dos fatores de risco para o aparecimento de doenças crônicas não transmissível como a diabetes, hipertensão arterial e doenças cerebrais , sendo seu controle muito importante para evitar complicações deste tipo. Na ESF Renascer existe uma alta prevalência de Obesidade, com cerca de 160 pacientes por acima de 20 anos que representa um 22 % da população, que superam as estadísticas do país.

A modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos de obesidade. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui ao risco de obesidade e risco de desenvolver doenças cardiovasculares ,cerebrovasculares que constituem uma das principais causas de morte da população a nível mundial e no Brasil.

Como medidas de prevenção e acompanhamento, o trabalho da equipe multiprofissional contribuiu no sentido de oferecer aos pacientes e à comunidade uma visão mais ampla da doença, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio, adotando atitudes de mudança de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco de doenças crônicas não transmissível.

Tendo em vista o aumento crescente do número de casos de pacientes com Obesidade, e pelo incremento de ocorrências de complicações e internações hospitalários que conduzem ao perda de qualidade de vida dos pacientes, justifica-se a elaboração de um estudo de intervenção com vista a reduzir o numero de adultos obesos na ESF Renasce no Município Diamantina -MG

A equipe participou da análise dos problemas levantados na UBS. Considero que temos recursos humanos e também materiais que possibilitem a realização de um projeto de intervenção, sendo a proposta deste estudo viável.

3-OBJETIVOS

3.1-Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a alta incidência de obesidade no adultos na área de abrangência da equipe de saúde da família de Rio Grande em Diamantina/ Minas Gerais.

3.2-Objetivos específicos

- Buscar os pacientes obesos cadastrados na UBS e identificar os fatores que interferem na obesidade destes pacientes.

-Desenvolver ações educativas para os pacientes obesos considerando os fatores que influenciam para o desenvolvimento de doenças e complicações cardiovasculares.

4-METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste Plano de Intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os módulos de iniciação científica, de Planejamento, além de uma revisão de literatura sobre o tema. Os descritores utilizados foram *Obesidade, Hábitos de Vida, Atenção Primária*, nas bases de registro de bibliografias eletrônicas disponíveis: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS); MEDLINE. *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; IBECS. Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.

Este método transcorre por quatro momentos:

1- Momento explicativo: identificação da situação atual, procurando conhecer, priorizar e analisar os problemas.

2- Momento normativo: elaboração de propostas de soluções (formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado).

3- Momento estratégico: análise e construção das propostas elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.

4- Momento tático-operacional: momento de execução do plano.

A partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos, resultados esperados e recursos necessários à sua execução foram descritos nas planilhas 2, 3, 4 e 5.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi alta prevalência de obesidade na adultos 1. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe a traves das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para lograr a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

4.1- Estratégia de avaliação da intervenção

Para seleção, adotou-se como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos que apresentavam diagnóstico médico de Obesidade há mais de um ano e que estavam cadastrados e acompanhados no programa de Obesidade. Não houve recusa dos pacientes para participarem da amostra do estudo a qual foi constituída pelo 120 pacientes obesos.

A intervenção foi realizada por meio de Oficinas temáticas com os Obesos cadastrados e acompanhados no PSF se fizeram 6 oficina temáticas uma mensal com a participação de 20 pacientes . O planejamento e a realização das mesmas, bem como as demais atividades com o grupo de Obesos contou com a parceria dos Agentes Comunitários e dos auxiliares de enfermagem. A primeira oficina foi realizada em janeiro de 2015 .

As oficinas ofertaram informações essenciais sobre a Obesidade, objetivando explicar a fisiopatologia. Buscou conscientizar os pacientes sobre a importância dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissível e a importância da mudanças para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas foram realizadas mensalmente com os seguintes temas:

- 1) Obesidade: conceito, ocorrência e consequências;
- 2) Orientações sobre regime dietético ;
- 3) Influência da obesidade sobre a saúde;
- 4) Álcool e Tabagismo;
- 5) Atividade física;
- 6) Fatores de risco cardiovasculares;
- 7) Prevenção e tratamento.

Material: Retroprojeter, transparências e outros recursos cabíveis; cartazes informativos a respeito da obesidade, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; esfigmomanômetro e estetoscópio próprio.

Método: dinâmicas de grupo e apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da obesidade.

A equipe de trabalho do estudo teve a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto da população, respeitando crenças, valores, limitações e desejos dos participantes. O plano de cuidado foi usado durante o ciclo das oficinas. Foram feitos cartazes com o objetivo de informar e orientar os obesos de forma clara, objetiva e ilustrativa. Também foram utilizados álbuns seriados, que apresentam relação metodológica ilustrativa visando facilitar a transmissão e a interação entre o educador e o educando. As palestras foram realizadas na sala de educação em saúde da UBS.

5-REVISÃO DA LITERATURA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de Atenção à Saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País. As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos. O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição aponta 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 macro políticas que potencializem uma vida mais saudável. (BRASIL, 2006)

Considerando que os fatores de risco e proteção são muitas vezes comuns às doenças crônicas, que essas doenças podem estar associadas e que o tratamento não medicamentoso apresenta alto grau de semelhança entre elas (BRASIL, 2006)

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (SCHMIDT, 2011)

O excesso de peso tem como determinantes proximais o padrão alimentar e o dispêndio energético. O padrão alimentar atual identificado por pesquisas nacionais evidenciam o fenômeno da transição nutricional na população brasileira, que se caracteriza pelo elevado percentual de consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans e sal e pelo baixo consumo de carboidratos complexos e fibras. A evolução do padrão de consumo da população brasileira entre as décadas de 1970 e 2009 mostra as seguintes tendências: aumento do consumo de alimentos ultra processados (biscoitos, embutidos, refrigerantes, refeições prontas). Estabilização do consumo de frutas e hortaliças (que representam menos da metade da recomendação de consumo) e redução de consumo de alimentos básicos como ovos, gordura animal, peixe, leguminosas, raízes e tubérculos e arroz (IBGE, 2011)

A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desbalanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta (OMS, 1995). Esse desbalanço energético positivo resulta em ganho de peso. Há diversos métodos para avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo. Na prática clínica cotidiana e para a avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por sua facilidade de

mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo. O IMC é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m²(ANJOS, 1992). O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas. O conteúdo aqui apresentado faz parte da publicação: (BRASIL, 2008).

Para o cálculo do IMC, são necessárias informações de peso (em quilogramas) e altura (em metros).

A fórmula para o cálculo do IMC é:

IMC=	Peso (em kg)
	Altura ² (em metros)

O aumento da população que apresenta agravos crônicos não transmissíveis enfatiza a necessidade de organização do serviço de Saúde para atender a essa demanda de maneira organizada e qualificada. Atualmente, preconiza-se que o cuidado desses indivíduos seja organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS provêm cuidados que visam melhorar a Atenção à Saúde em três níveis: no nível micro (os indivíduos e suas famílias), no nível meso (serviços de Saúde e a comunidade) e no nível macro (as macropolíticas de Saúde). As necessidades dos pacientes com condições crônicas são distintas daqueles com condições agudas, pois precisam de apoio continuado, não apenas de intervenções biomédicas, o cuidado deve ser planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Para esse grupo a atenção necessita ser integrada e, para sua efetividade, tem de envolver tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoderamento para o autocuidado (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca da

interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões. Neste escopo amplo de ações não se pode esquecer o papel fundamental dos próprios indivíduos, famílias e comunidades para adoção de modos de vida saudáveis e luta pela garantia de políticas públicas que promovam a vida saudável. Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde, em especial as equipes de Atenção Básica, devem contribuir para o empoderamento dos indivíduos sobre suas condições de saúde de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado. Ou seja, na atenção e ação que exercem sobre si mesmos para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua realização.

Para uma efetiva vigilância do estado nutricional dos usuários das Unidades de Saúde é necessário que a mesma esteja devidamente instrumentalizada para essa ação.

Existem três níveis estratégicos de organização que devem ser considerados para que a prevenção e o controle da obesidade sejam efetivos, são eles: o âmbito macro, das macro políticas que regulam o sistema de Atenção à Saúde; o âmbito meso, das organizações de Saúde e da comunidade; e o âmbito micro, das relações entre as equipes de Saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros. Os limites entre os níveis micro, meso e macro nem sempre são claros. Eles estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação em que os eventos de um âmbito influenciam as ações de outro, e assim sucessivamente (OMS, 2006). Quando a equipe de Saúde não tem competência para manejar as condições crônicas, por falta de capacitação, o problema pode ser identificado no âmbito micro por afetar as relações entre a equipe e as pessoas usuárias e suas famílias. Mas a falta de competência pode ser considerada um problema no âmbito meso por ser responsabilidade da organização de Saúde assegurar as condições para que as equipes de Saúde manejem bem as condições crônicas, o que inclui a provisão de educação permanente. Ademais, a falta de competência das

equipes, no plano educacional, pode ser um problema do âmbito macro porque as normas sobre os currículos de graduação e pós-graduação podem ser inadequadas (OMS, 2006).

No Brasil, segundo dados da última pesquisa de orçamentos familiares (POF 2008), cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população maior de 20 anos apresenta excesso de peso. O que mais chama a atenção nessa epidemia é a velocidade com que ela aumentou nas últimas décadas. Em 1975 (IBGE, 1976) a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres; já em 2003, (IBGE, 2010) a prevalência entre homens era de 8,8% e de 12,7% em mulheres. Em 2009, a prevalência de obesidade era de 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres. O excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010). O aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do chamado mundo ocidental, em todas as faixas de idade e em ambos os sexos (MONTEIRO, CONDE; POPKIN, 2007; POPKIN, 2010; POPKIN, 2011; JONES-SMITH et al., 2011).

Estudo recente realizado com os dados do Sistema de Vigilância de fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico (Vigitel) também analisou a variação temporal do excesso de peso e da obesidade na prática clínica cotidiana e para avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e baixo custo. O IMC é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m² (ANJOS, 1992).

O excesso de peso e obesidade são encontrados com grande frequência a partir dos cinco anos de idade em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras. O IBGE e o Ministério da Saúde apontam que o 15,8% dos brasileiros como obesos e 48,5% com sobrepeso o que representa um crescimento muito grande nos últimos anos.

O Brasil enfrenta a obesidade como um sério problema de saúde pública, uma vez que pacientes obesos apresentam grande probabilidade de desenvolver

doenças como: hipertensão, diabetes, dislipidemia, cardiopatias e doenças como depressão e ansiedade.

Os fatores genéticos desempenham papel importante na determinação da suscetibilidade do indivíduo para o ganho de peso, porém são os fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, que geralmente levam a um balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade. Em minha área de abrangência observa-se que malos hábitos alimentares e estilo de vida sedentário são os que mais influenciam para predisposição de obesidade.

6-PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A promoção da saúde e a prevenção de agravos identificam-se como os eixos fundamentais da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, a implementação dessa prática configurou-se como um desafio no cotidiano do trabalho da equipe. Foi fundamental que os encontros não se reduzissem à mera transmissão de informações dos profissionais de saúde para os usuários. Lolio et al. (1990) afirmaram a necessidade de reavaliação das práticas educativas por meio do trabalho com grupos na ESF.

Por meio de análise foi possível identificar, entre as várias causas de obesidade, aquelas consideradas como as mais importantes. A UBS Renascer selecionou como “nós críticos” as situações nas quais a equipe apresentava alguma possibilidade de ação mais direta e que pudesse ter impacto importante sobre o problema escolhido. O conceito de “nós críticos” (tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo) traz uma ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade (Castro et al., 2008).

Foram eles:

- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas de obesidade;
- Baixo nível de informação da população acerca da obesidade;
- Dificuldade do pessoal capacitado em educação física
- Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde.

A planilha 1 apresenta o desenho das operações e o plano operativo.

Planilha 1- Desenho das operações e o plano operativo

<u>OPERAÇÃO/ PROJETO</u>	<u>NÓ CRÍTICO</u>	<u>RESULTADOS ESPERADOS</u>	<u>RECURSOS CRÍTICOS</u>	<u>OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS/ RESPONSÁVEL</u>
Aumentar o nível de informação da população sobre a obesidade	Baixo nível de informação da população acerca da obesidade	População mais informada sobre a obesidade	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: Organização da agenda	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde
Modificar hábitos e estilos de vida da população	Hábitos e Estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas de obesidade	Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos audiovisuais.	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde
Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais de educação física	Dificuldade do pessoal capacitado em educação física	Melhorar o nível de conhecimento sobre a doença. Incrementado conhecimento	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. da agenda.	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde
Melhorar processo de atendimento dos profissionais	Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde.	Melhorar atendimento e dar cobertura à população com obesidade.	Cognitivo: Conhecimento das portarias de trabalho do SUS. Político: Mobilização setorial a solução problema. Organizacional: Organização de agendas do trabalho	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: PES da ESF

A partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução foram descritos nas Planilhas 2,3,4 e 5.

Planilha 2- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema alta prevalência de obesidade

Nó crítico	Operação/ Projeto.	Resultados Esperados	Produtos.	Recursos Necessários
Baixo nível de informação da população acerca da obesidade.	Aumentar o nível de informação da população sobre a obesidade diante oficinas de trabalho e palestras.	População mais informada sobre a obesidade.	Intervenção na reunião de equipe e com a comunidade .	<u>Cognitivos:</u> conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. <u>Organizacionais:</u> Organização da agenda
Hábitos e Estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas de obesidade	Modificar hábitos e estilos de vida da população, diante a realização de oficinas de trabalhos e educação permanente em saúde.	Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados	Aumento da motivação da equipe sobre o nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população	<u>Organizacionais:</u> para organizar as caminhadas. <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema. <u>Político:</u> conseguir espaço local e articulação intersetorial. <u>Financeiros:</u> folhetos educativos, recursos áudio-visuais
Dificuldade do pessoal capacitado em educação física	Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais de educação física diante capacitações e palestras.	Melhorar o nível de conhecimento sobre a doença. Incrementado conhecimento	Aumento da motivação do pessoal profissional	<u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. da agenda
Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde.	Melhorar processo de atendimento dos profissionais diante agendamentos de consultas e estruturação das redes de saúde	Melhorar atendimento e dar cobertura à população com obesidade.	Aumento da motivação da equipe sobre o nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população	<u>Cognitivo:</u> Conhecimento de técnicas de trabalho. <u>Político:</u> Vontade de incrementar qualidade de vida da população. <u>Organizacional:</u> Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde da obesidade. <u>Financeiro:</u> Financiamento de materiais para EPS

Fuente:PES de ESF

Planilha 3- Identificação dos recursos críticos para execução da proposta de intervenção.

Operação / Projeto.	
Nível de informação insuficiente	Cognitivos: conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: Organização da agenda
Hábitos e Estilos de vida inadequados	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio-visuais.
-Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde.	Político: Vontade de melhorar processo de atendimento, com profissionais de programa mais médicos. Cognitivo: Adequação do processo atendimento segundo numera de cadastrados por portarias do SUS. Organizacional: Adequação do processo de trabalho na UBS .
Dificuldade do pessoal capacitado em educação física	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho. Político: Vontade de incrementar qualidade de vida da população. Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde de obesidade. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS

Fuente:PES da ESF

Planilha 5 - Elaboração do plano operativo. Gestão de Plano.

Operação / Projeto	Ação Estratégica	Resultados Esperados	Responsável e prazo
Aumentar o nível de informação da população sobre obesidade	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes	População mais informada sobre a obesidade	Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde 6 meses
Modificar hábitos e estilos de vida da população	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes	Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados	Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde 6 meses
Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes	Modificado o processo de trabalho no equipe de saúde para o ano 2016.	Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde 6 meses
Dificuldade do pessoal capacitado em educação física	Apresentar projetos e estratégias de intervenção..	Incrementar em um 20% o nível conhecimento durante o ano 2016.	Equipe de trabalho 6 meses.

Fuente:PES de ESF

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta proposta de intervenção possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre a repercussão do papel de educador dos profissionais de saúde junto ao indivíduo, à família e à comunidade, na busca de mudanças comportamentais, que resultem na promoção da saúde.

Em relação às pessoas portadoras de doenças crônico-não transmissíveis (HAS,) o papel dos profissionais de saúde torna-se preponderante na condução dos indivíduos à adesão às condutas de controle desse agravo, e preventivas das complicações crônicas ou doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

A comunidade apesar de compreender o risco da obesidade para desenvolver doenças cardiovasculares e outras complicações ainda não tem percepção dos riscos. Porém, houve interesse por mudança de hábitos pela maioria dos participantes.

Sugere-se que projetos de intervenção como o realizado, sejam frequentes e rotativos, e sejam abertos para toda a população com risco de obesidade no município, para diminuir a prevalências e agravos de doenças crônicas não transmissível .

REFERÊNCIAS

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de **Vigilância alimentare nutricional SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

IBGE. **Estudo Nacional da Despesa Familiar – Endef**. Rio de Janeiro ed 6, 1976

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 54

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854)

SCHMIDT M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 2011.