

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

**ODALIS CASANOVA AGUILAR**

**INTERVENÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E  
PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE DOS  
USUÁRIOS DA UBS SÃO RAIMUNDO II/GOVERNADOR VALADARES**

**GOVERNADOR VALADARES. MINAS GERAIS  
2016**

**ODALIS CASANOVA AGUILAR**

**INTERVENÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E  
PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE DOS  
USUÁRIOS DA UBS SÃO RAIMUNDO II/GOVERNADOR VALADARES**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Marta Amancio Amorim.

**GOVERNADOR VALADARES. MINAS GERAIS  
2016**

**ODALIS CASANOVA AGUILAR**

**INTERVENÇÃO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E  
PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE DOS  
USUÁRIOS DA UBS SÃO RAIMUNDO II/GOVERNADOR VALADARES**

Banca examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Amâncio Amorim - orientador

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 22 de março de 2016.

## DEDICATÓRIA

A Deus, por estar sempre presente na minha vida, e fazer tudo possível.

A Nossa Senhora, minha protetora.

Aos meus amados pais Miguel Casanova e Melba Aguilar (*In Memoriam*).

A minha querida filha.

Aos meus queridos irmãos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ser na minha vida fonte de fé, esperança e sabedoria, onde encontro forças para lutar cada dia.

Ao meu Pai (*In Memoriam*) por ter sido modelo, pelo amor que me dedicou e os ensinamentos os quais foram relevância na minha formação.

A minha Mãe (*In Memoriam*) uma mulher guerreira, pelo amor, atenção, dedicação e incentivo em todo momento.

A minha filha Odalis Ricardo Casanova por alegrar ainda mais minha vida; obrigada por entender minha ausência e encontrar forças para lutar.

**“Ser culto é o único modo de ser livre”**

**José Martí Pérez**

## RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial em que ocorre um balanço energético positivo e em consequência do desequilíbrio há um excesso de armazenamento de energia na forma de triglicérides no tecido adiposo. Sabe-se que vários fatores contribuem para o aparecimento da obesidade, entre eles estão os genéticos e os ambientais. Sendo um problema de grande crescimento em todo o mundo não deixa de adquirir importância esse estudo preventivo, devido ao incremento da doença em Governador Valadares. Assim é preciso elaborar um plano de intervenção com o objetivo de sistematizar o atendimento e prevenção do excesso de peso e obesidade dos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) São Raimundo II, Governador Valadares/MG. O plano de ação foi baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional. Para isso foi feito um levantamento de dados mediante a análise dos registros escritos da unidade da UBS São Raimundo II e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área, pelo método de Estimativa Rápida. Seguindo a recomendação do plano de ação foram realizadas as etapas da identificação dos problemas, priorização dos problemas, descrição, explicação e identificação de “nós críticos”, desenho de operações para os “nós” críticos, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade e elaboração do plano operativo. A revisão da literatura foi feita nas bases de dados eletrônicas, priorizando os estudos atualizados. Concluiu-se que com participação ativa da população e os diversos atores e atrizes responsáveis, promove-se a inserção da comunidade no sistema com uma maior adesão para desenvolver mudanças favoráveis em seu estilo de vida, incentivando a prática de atividade física e alimentação saudável e assim, melhorar a qualidade de vida da população alvo.

**Palavras chave:** Obesidade. Alimentação. Atividade física. Atenção primária de saúde.

## ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease in which there is a positive energy balance and consequently imbalance there is an excess of energy storage in the form of triglycerides in adipose tissue. It is known that several factors contribute to the onset of obesity, which include genetic and environmental. Being a big growth problem throughout the world does not cease to become important the study and prevention due to the increase of the disease in Governador Valadares. So we must prepare an action plan aimed to systematize the care and prevention of overweight and obesity of users of São Raimundo II UBS, Governador Valadares / MG. The action plan was based on the method of Situational Strategic Planning. For this was done a survey of data by analyzing the written records of the São Raimundo II UBS unit and secondary sources, interviews with key informants and active viewing area, the flash estimate method. Following the action plan recommendations were carried out the steps of the problem identification, prioritization of problems, description, explanation and identification of "critical nodes", operations design for the "we" critical identification of critical resources, feasibility and preparation of operating plan. The literature review was done in electronic databases, prioritizing the updated studies. It was concluded that with the active participation of the population and the various actors and responsible actresses promotes the community's inclusion in the system with greater adherence to develop favorable changes in your lifestyle, encouraging physical activity and healthy eating and so improving the quality of life of the target population.

**Key words:** Obesity. Diet. Physical Activity. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVOS.....	15
3.1	Objetivo geral.....	15
3.2	Objetivos específicos.....	15
4	METODOLOGIA.....	16
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
6	PLANO DE AÇÃO.....	23
6.1	Identificação dos problemas.....	23
6.2	Priorização dos problemas.....	24
6.3	Descrição e explicação do problema.....	26
6.4	Descrição, explicação e identificação de “nós críticos.....	27
6.5	Desenho de operações para os “nós” críticos.....	28
6.6	Identificação dos Recursos Críticos.....	30
6.7	Análise da Viabilidade.....	31
6.8	Elaboração do Plano Operativo.....	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERENCIAS.....	37
	ANEXO 1 .....	40

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Governador Valadares, pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando desta cerca de 320 quilômetros. Sua população, em 2010, correspondia a 275.568 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o que a coloca como o nono município mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. Está a 960 quilômetros de Brasília, a capital federal. Ocupa uma área de 2348,1 km<sup>2</sup>. Desse total, 24,3674 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. A maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce. O município é servido pela Estrada de Ferro Vitória a Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR-116). Liga-se à capital do estado pela BR-381.8. A cidade ainda se destaca em seu turismo. Em Governador Valadares está o Pico da Ibituruna com 1123 metros de altitude, sendo um dos pontos mais altos do Leste mineiro. É sede de uma das etapas do Campeonato Brasileiro de Voo Livre, sendo que os competidores saltam do Pico, de onde se pode avistar toda a região do Vale do Rio Doce, cujo leito está aos pés do pico. Também sedia vários campeonatos internacionais de voo livre (IBGE, 2010).

A primeira exploração do Vale do Rio Doce data de 1573, quando Sebastião Fernandes Tourinho, partindo do litoral, subiu o rio até alcançar a foz do rio Suaçuí Grande, com a finalidade de descobrir ouro e pedras preciosas. Posteriormente, Marcos de Azeredo, seguindo o itinerário de Tourinho, transpôs o rio Doce e avançou uma extensão maior do que a alcançada pela primeira expedição, até atingir a barra do rio Suaçuí Pequeno. Os desbravadores encontraram uma série de obstáculos, não somente o rio com seus bancos de areia, dificultando a interiorização da bacia, como as impenetráveis florestas e, mais ainda, a ferocidade dos índios botocudos. Esses fatores impediram, por muito tempo, o estabelecimento de núcleos regulares de população. Com o intuito de conter os constantes ataques dos silvícolas, instalou-se no Vale, no local conhecido como Porto de Dom Manuel, uma das seis Divisões Militares do Rio Doce, criadas pela Carta Régia de 13 de maio de 1808. Surgiu então um povoado em torno do Quartel de Dom Manuel. A partir de 1809, há iniciativas visando à efetiva ocupação do rio Doce, culminando com o decreto de Outubro de 1832, que abria o rio à navegação, oferecendo ainda inúmeras concessões e privilégios à Companhia que se organizou com aquele objetivo. Apesar

disso, somente em 1897 se iniciou a navegação regular em pequeno trecho do rio (IBGE, 2010).

Em 1882, o povoado do Porto de Dom Manuel passou a distrito de Paz com a denominação de Baguari, e em 1884, a Distrito do município de Peçanha, mudando seu topônimo para Santo Antônio de Figueira; em 1923, para Figueira e, em 1938, para Governador Valadares. A geografia influenciou a opção por este local: a via fluvial, permitindo a atividade do porto entre Aimorés e Nanuque, além de ser o rio Doce ligação com o litoral do Espírito Santo. O Pico do Ibituruna, com 1.123 metros de altitude, era um marco referencial para os que penetravam na região. Instalado o Distrito, foi grande o surto de progresso, especialmente quando da construção da Estrada de Ferro Diamantina, hoje Vitória-Minas. Esse empreendimento muito influenciou na colonização do Vale e no rápido progresso de Governador Valadares. Em agosto de 1910, foi inaugurada a Estação Ferroviária, que deu características de entreposto comercial ao Distrito. Em 1928 foi construída a rodovia Figueira-Coroaci, o que permitiu o escoamento de produtos originários dos municípios vizinhos, e também a distribuição de produtos de outras regiões. Em 1937, a conexão Vitória-Minas com a Central do Brasil colocou a cidade em ligação com grandes centros consumidores, consolidando sua situação privilegiada na região. A atividade econômica de Figueira, baseada na exploração da mica, madeira, carvão vegetal e pedras preciosas promoveu o processo de urbanização do Distrito, resultando na fixação de contingentes humanos (IBGE, 2010).

Paralelamente à intensificação das atividades econômicas e ao processo de urbanização, surgiu a necessidade de maior organização político-administrativa. As ideias de emancipação tomaram corpo em 1937. O Partido Emancipador de Figueira concretizou seus objetivos com a criação do Município, emancipando-se de Peçanha em 31 de dezembro de 1937. Em 30 de janeiro de 1938 aconteceu a instalação do Município e a posse do primeiro Prefeito. Em 17 de dezembro de 1938, o Município passou a denominar-se Governador Valadares (IBGE, 2010).

Quanto aos aspectos geográficos a área total do município é de 2.348,100 km<sup>2</sup>; com uma concentração habitacional de 112,26 hab./km<sup>2</sup>; número aproximado de domicílios e famílias: 81.703. Quanto aos aspectos socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,772; a Taxa de Urbanização é de 96 %; Renda Média Familiar: R\$ 2.841,84; Abastecimento de Água Tratada: 94%; recolhimento de esgoto por rede pública: 94%. Quanto aos dados demográficos:

Densidade demográfica: 112,1 habitantes por km<sup>2</sup>; Taxa de Escolarização: 89,53%; População usuária da assistência à saúde no SUS: 70% (IBGE, 2010).

No Quadro 1 é apresentado a população distribuída por faixa etária.

**Quadro1. População distribuída por faixa etária**

Indivíduos/faixa etária	0 – 4	5 -- 9	10 –14	15 – 19	20 – 24	25 – 39	40 – 59	60 e +	Total
Área urbana	17.32	19.18	22.31	22.32	22.81	60.21	59.68	29.42	253.30
	3	9	7	6	6	6	7	6	0
Área rural	603	949	1.082	988	784	2.157	2.371	1.456	10.390
Total	17.92	20.13	23.39	23.31	23.60	62.37	62.05	30.88	263.69
	6	8	9	4	0	3	8	2	0

Quanto ao sistema local de saúde, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) possui presidente, vice presidente, 1º e 2º secretário, câmara técnica. Suas reuniões ordinárias são mensais, em uma terça feira. Também foi implantado em 2012 o Conselho Local de Saúde (CLS) de cada área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC'S). O CLS é composto pelos pares: representante da SMS, representante dos funcionários, representante da unidade e 03 representantes da comunidade. A rede de atenção básica do município possui 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 45 ESF. A ESF foi implantada no município em 1997, inicialmente com 2 equipes. Em 2004 o município tinha 15 equipes, em 2010 estavam implantadas 35 ESF e atualmente 45 equipes em funcionamento, porém 42 atestadas pelo Ministério da Saúde (MS). Destas 45 equipes, 03 são rurais (SIAB, 2015).

A cobertura do município atualmente é de 48,18% e quando todas as 45 equipes estiverem atestadas será de 52%. A meta do município é ampliar a cobertura para 70% da população até 2016, mas o grande nó crítico para a implantação de novas equipes é a fixação do médico na ESF. O município possui 4 PAC'S em funcionamento, sendo 3 urbanas e 01 rural. A cobertura do PAC'S é de 17% da população. Quanto aos Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) possui 4 equipes, com os seguintes profissionais – farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, nutricionista, psicólogo (SIAB, 2015).

O sistema de referência e contra referência ainda é falho devido a baixa adesão dos profissionais da atenção secundária. Governador Valadares possui uma central de marcação para que os encaminhamentos da atenção primária sejam referenciados para atendimento de especialidades. A SMS possui 41 especialidades no momento, atendendo em seus 10 Centros de Referência: Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Centro Viva Vida (CVV), Policlínica Central, Centro de Apoio ao Deficiente Físico Dr. Otaviano Soares (CADEF), Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (CREDENPES), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Referência em Oftalmologia Social (CROS), Centro de Convivência (DATASUS GOVERNADOR VALADARES, 2015).

Eu atuo na zona urbana, na UBS São Raimundo II/Governador Valadares, que fica localizada às margens da rodovia BR 116, sendo de fácil acesso à maioria dos usuários. O horário de funcionamento é de 7:00 as 17:00 horas. O número de famílias e de habitantes é 3 900 pessoas e o nível de alfabetização é 2580 pessoas. Os principais postos de trabalho são a construção civil, comércio e autônomos. Na comunidade possui igreja católica e protestante, creche, escola de nível fundamental. A maioria dos domicílios possui energia elétrica, água encanada e esgoto. A UBS possui dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um serviço geral, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um médico e um dentista. A UBS tem uma área física maior, com consultório médico, consultório odontológico, consultório de enfermagem, farmácia, sala de procedimentos e recepção, faltando local para pacientes que necessitem de observação (DATASUS GOVERNADOR VALADARES, 2015).

## 2 JUSTIFICATIVA

A obesidade é uma doença multifatorial, em que ocorre um balanço energético positivo e em consequência do desequilíbrio há um excesso de armazenamento de energia na forma de triglicérides no tecido adiposo (ESCRIVÃO *et al.*, 2000). Sabe-se que vários fatores contribuem para o aparecimento da obesidade, entre eles estão os genéticos e os ambientais. A epidemiologia da obesidade sugere que as condições do meio ambiente têm relevância. Estudos sobre as mudanças nutricionais no país demonstram acentuadamente a ocorrência da obesidade na população brasileira (BATISTA FILHO, RISSIN, 2003). A obesidade gera complicações na saúde mental e adaptação psicossocial. Frequentemente os obesos são avaliados como imaturos, dependentes, passivos, com baixa autoestima e muitas vezes sofrem discriminação. Estas características podem alterar a dinâmica psicossocial e inclusive, modificar seu desempenho intelectual (WHO, 1998).

A obesidade é o problema de maior crescimento em todo o mundo, revestindo-se de grande importância na sua prevenção (CURRAN, BARNERS, 2002; FISBERG *et al.* 2004) devido à dimensão que esta vem adquirindo. Somente nos últimos anos é que a maioria dos países do mundo começou a demonstrar um maior interesse pelo problema da obesidade devido ao significativo aumento deste de forma global (PHILIP, JAMES, 2002).

Nas últimas décadas tem sido referendada como uma epidemia, não só nas Américas, mas praticamente, no mundo inteiro (OLIVEIRA, FISBERG, 2003; LOBSTEIN; BAUER, UAUY, 2004).

Em muitos países a obesidade está aumentando dramaticamente, especialmente nos economicamente desenvolvidos. Apesar de encontrar-se uma menor prevalência nos países em desenvolvimento está aumentando de forma significativa em muitas partes do mundo (LOBSTEIN; BAUER; UAUY, 2004).

Pesquisas durante os anos 90 indicam que no Brasil e nos Estados Unidos, houve um acréscimo de obesidade (LOBSTEIN; BAUER; UAUY, 2004). Os Estados Unidos encontram-se entre os países com percentuais mais elevados de obesidade nos últimos anos. Muitos países de América Latina como o Brasil estão vivendo uma rápida transição e o significativo aumento na prevalência da obesidade (KAC, VELASQUEZ-MELENDRES, 2003). No Brasil nas décadas 70, 80 e 90 houve um elevação acelerada na prevalência de obesidade (BATISTA-FILHO, RISSIN, 2003).

A elevação global da obesidade em determinados países até de forma dramática está sendo vista com grande preocupação em razão das consequências danosas aos indivíduos que o excesso de peso pode acarretar desde a infância e ao longo da vida adulta (LOBSTEIN; BAUER; UAUY, 2004)

A obesidade contribui no incremento de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* tipo 2 – DM2. A literatura aponta para o surgimento de um número cada vez maior de casos de DM2, com aumento de obesidade. No Brasil dados corroboram com achados internacionais. Em estudo caso-controle observou-se que a obesidade mostra associação com hiperlipidemia e hipercolesterolemia. Cerca de 40 % da população adulta tem excesso de peso e 10 % apresentam obesidade (FISBERG *et. al.* .2004).

A escola é um local importante onde as crianças fazem pelo menos uma refeição diária, além de adquirem novos hábitos e comportamentos. Neste contexto, o trabalho de educação nutricional das crianças nas escolas, aliado a promoção da atividade física, pode produzir hábitos mais saudáveis na população reduzindo o risco para a obesidade (SAHOTA *et al.*, 2001 a; SAHOTA *et al.*, 2001 b).

Diante da magnitude do problema da obesidade esse presente estudo propõe elaborar de um plano de intervenção para sistematização do atendimento e prevenção ao excesso de peso e obesidade dos usuários da UBS São Raimundo II, Governador Valadares/MG.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar de um plano de intervenção para sistematização do atendimento e prevenção do excesso de peso e obesidade dos usuários da UBS São Raimundo II, Governador Valadares/MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Avaliar os hábitos de vida (alimentar, atividade física e aptidão física), antes e após intervenção dos usuários com obesidade.

Analisar a prevalência de doenças crônicas associadas à obesidade.

Determinar o índice de massa corporal e a circunferência abdominal das pessoas participantes do programa e dos integrantes do grupo controle antes e após intervenção.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto para melhorar a adesão à alimentação saudável e a prática de atividade física dos usuários com obesidade da área de abrangência da UBS São Raimundo II contou com três etapas: primeiro, o diagnóstico situacional da área de abrangência, segundo, a revisão bibliográfica e por último a elaboração de um plano de ação.

A primeira etapa foi o diagnóstico situacional, que se realizou como a primeira atividade do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) da Unidade Didática I, do Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família. Contamos para sua realização com a colaboração de toda a equipe de saúde, principalmente dos ACS. O método de estimativa rápida foi usado, respeitando-se os três princípios dessa estratégia: obter informações que refletem as condições da realidade da comunidade, coletar somente os dados pertinentes para o trabalho, envolver a participação da população na realização deste processo. Os dados coletados procedem da observação ativa do território, das entrevistas com informantes-chave da área de abrangência, dos serviços oferecidos, dos registros da equipe e fontes secundárias. Os dados posteriormente foram analisados e interpretados para a conclusão do diagnóstico situacional. Vários problemas foram identificados pela equipe durante o diagnóstico situacional, e considerou-se prioritário aquele no qual a equipe viu possibilidade e viabilidade de ser trabalhado por ela.

Na segunda etapa, foi feita uma revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual em Saúde, e do Ministério de Saúde, utilizando as seguintes palavras-chave: obesidade, alimentação, atividade física, atenção primária a saúde. Foram selecionados os estudos atualizados, dando-se preferência para aqueles artigos publicados nos últimos cinco a dez anos. Foram identificados teses, projetos de intervenções, artigos, monografias, publicações de revistas. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família.

Na terceira etapa, elaborou-se a proposta de intervenção, que foi realizada utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento comum do processo participativo possibilitando a incorporação dos pontos de vista do vários

setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em questão. Através dessa participação foi possível enriquecer o processo de planejamento, criar corresponsabilidades dos atores com a efetivação do plano de ação, possibilitando mais legitimidade e viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Identificam-se quatro momentos que caracterizam o processo do PES: o momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente relacionados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Além disso, serão feitas palestras educativas com a participação da enfermeira, médico, farmacêutica, ACS e os membros ativos da equipe do NASF: psicólogo, nutricionista, educadora física.

Os encontros e avaliação do estado nutricional dos usuários serão realizados semanalmente, com apoio da nutricionista, educadora física, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeira com incorporação dos usuários às diferentes atividades oferecidas pela equipe do NASF.

Os participantes serão agendados no final dos encontros para consulta com a enfermeira e o médico, para fazer avaliação das intervenções segundo o desenvolvimento do cronograma do projeto.

Será aplicado um questionário como objetivo de avaliar os hábitos de vida dos usuários com obesidade antes do início do projeto e ao finalizar, descrito no Anexo 1.

A análise dos resultados do projeto será feita após última consulta de tomadas das medidas antropométricas.

As ações em saúde deste plano compreendem a apresentação do projeto aos diferentes setores que tem relação com a execução do plano proposto e as atividades próprias dos membros da equipe de saúde.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A década dos anos 80 foi adversa para o crescimento econômico na América Latina e no Mar Caribe e as condições de inequidade entre os grupos sociais caracterizaram-se pela distribuição desigual dos ingressos econômicos, que contribuiu no aumento da pobreza e suas formas extremas. As migrações das populações rurais até as periferias urbanas e dos países mais pobres até outros de melhor situação, contribuíram ao desenvolvimento de mudanças importantes nas condições, modo e estilo de vida dos diferentes grupos de população. As transformações sociais, econômicas e demográficas ocorridas neste período contribuíram para a modificação dos padrões da alimentação, da atividade física e do perfil epidemiológico diminuindo a obesidade e os fatores de risco (OPAS, 1996).

A doença cardiovascular, complexa e multifatorial é causada por transtornos cardíacos dos vasos sanguíneos e inclui a doença coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica e HAS. Existem fatores fisiológicos e bioquímicos que, somados a fatores ambientais atuam sinergicamente no início e desenvolvimento das doenças cerebrovasculares. Os fatores de risco cardiovascular descritos para população adulta maior tem mostrado ser muito importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SANCHEZ-CONTRERAS *et al.*, 2009).

Existem fatores associados para doença cardiovascular; a LDL sendo a principal causa da doença cardiovascular, usualmente a população jovem com transtorno em lipídeos e níveis muito altos de LDL, tem formas genéticas de hipercolesterolemia. O colesterol total e o LDL elevados tem-se correlacionado com mudanças na capa íntima média da parede arterial como também na dispensabilidade arterial (SANCHEZ-CONTRERAS *et al.*, 2009).

Estudos *post-mortem* de crianças, adolescentes e adultos jovens tem mostrado a presença de estrias com depósitos de gordura inclusive desde os três anos de idade, e com progressão gradual até a placa fibrosa a partir dos 20 anos. Por outra parte os níveis baixos de HDL são fatores de risco para doenças cardiovasculares e faz parte do perfil aterogênico em usuários obesos. Também tem-se descrito que correlacionam com presença de lesões ateroscleróticas em estudos de pessoas de jovens entre 13 a 18 anos e adultos entre 23 e 34 anos. A presença de DM 2 na

população jovem tem-se visto incrementada proporcionalmente ao aumento da prevalência da obesidade (SANCHEZ-CONTRERAS *et al.*, 2009).

O HDL e LDL são importantes indicadores de risco cardiovascular que em usuários obesos se convertem em pequenas e densas placas muito aterogênicas. Outro parâmetro a destacar é o perímetro da cintura abdominal, um indicador da obesidade visceral e central que é um marcador útil de fator de risco. (MIGUEL-SOCA, 2015).

A síndrome metabólica é um fator de risco para o desenvolvimento do DM2 e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde incluiu a obesidade na definição da síndrome e ressaltou a necessidade de identificar a presença de obesidade abdominal nos indivíduos com IMC inferior a 30. Assim foi incluída a obesidade abdominal, ou seja o excesso do acúmulo de gordura no perímetro abdominal conhecida como obesidade abdominal ou central como parte da síndrome metabólica. Isto associou-se com o desenvolvimento de resistência à insulina convertendo-se em um risco cardiovascular e metabólico. Por outra parte a obesidade abdominal permite identificar os indivíduos que não tem um IMC elevado metabolicamente (GONZALEZ-CHAVEZ *et al.*, 2008).

Trancoso *et al.* (2010), em estudo feito sobre o café da manhã, refletem sobre a caracterização dessa refeição e a implicação de seu consumo para a saúde. Após revisão de outros estudos achou evidências científicas que associam o consumo habitual de café da manhã a baixo risco de sobrepeso e obesidade, bem como melhoria na capacidade de aprendizagem. Estudos identificam que o perfil dos consumidores frequentes dessa refeição é de não fumantes que praticam atividade física, que controlam o peso e que não fazem uso frequente de álcool.

A obesidade é o transtorno metabólico e nutricional mais antigo que se conhece na história da humanidade. Assim, são demonstradas múmias egípcias e esculturas gregas obesas. Mais recente sujeitos obesos tem sido motivo de pinturas e esculturas de um reconhecido artista colombiano de grande prestígio nacional e internacional (CHANOINE *et al.*, 2005).

O ser humano tem maior risco de se tornar obeso quando a população dispõe de grande variedade de alimentos industrializados. Estas mudanças nos estilos de vida proporcionam o sedentarismo e o desequilíbrio entre a energia que se ingere e o gasto calórico necessário para satisfazer as necessidades metabólicas, termogênicas e de atividade física (CHANOINE *et al.*, 2005).

Um desequilíbrio calórico excessivo ocasiona incremento exagerado de peso e depósitos de gordura. A obesidade resulta quando se acumula o tamanho e o número de células gordurosas de uma pessoa. Um indivíduo adulto de tamanho e peso médio tem entre 25 e 30 bilhões de adipócitos, mas quando seu peso eleva-se estas células aumentam de tamanho e logo depois seu número se multiplica. Quando uma pessoa começa a perder peso as células gordurosas diminuem de tamanho, mas o número se mantém constante, o qual dificulta a perda de peso de forma permanente. Cada célula gordurosa pesa muito pouco (ao redor de 0,4 a 0,6 microgramas), porém o peso de bilhões e bilhões de células gordurosas eleva significativamente o peso corporal. Tem-se comprovado mediante observação direta da ingestão de alimentos que as pessoas obesas elegem e consomem comidas mais abundantes que as pessoas magras. Em estudos de comportamento alimentar tem se visto que a variabilidade, tamanho e conteúdo energético das comidas dependem do lugar onde é feita (CHANOINE *et al.*, 2005).

A porcentagem de gordura corporal depende do grau de atividade física de cada indivíduo. Durante o exercício físico a gordura corporal tende diminuir e aumenta o tecido muscular. Existem fatores de risco associados: as mulheres com obesidade tem um maior risco de afecções da vesícula biliar; os homens com excesso de peso apresentam uma taxa de mortalidade significativa de câncer de colón, reto e próstata; os indivíduos obesos podem apresentar vários transtornos da função respiratória; existe maior risco de doença cardiovascular em pacientes obesos e sobrepeso; existe uma correlação entre obesidade e artrite e com o aumento do ácido úrico (CHANOINE *et al.*, 2005).

Em diferentes estudos realizados na Europa e Estados Unidos, por cada hora adicional de passar frente à tela do televisor, computador ou jogos, diminui o consumo de frutas e vegetais, além de aumentar o risco de sobrepeso e obesidade. Dados do National Health and Nutrition Examination Survey indicam que 26% das crianças norte-americanas (até 33% dos mexicanos-americanos e 46% dos afro-americanos) passam como mínimo 4 horas frente à tela, o que implica uma diminuição de possibilidades de realizar actividade física vigorosa. E também apresentaram um IMC e pregas cutâneas maiores, que os jovens que passam menos de 2 horas (SANTIAGO, 2011).

Para poder intervir e tentar solucionar, pelo menos, em parte, este problema de saúde, é necessário que compreendamos as causas do desencadeamento desta

epidemia. O rápido e espetacular aumento da prevalência do sobrepeso e a obesidade experimentado no último quarto de século não pode ser atribuído exclusivamente às causas genéticas. Além dos fatores hereditários serem importantes, o genoma humano não pode se modificar em tão pouco espaço de tempo. Daí que, os fatores ambientais e do entorno, que estão produzindo mudanças permanentes no estilo de vida, desempenhem um rol essencial criando o chamado entorno obesogênico, caracterizado pela abundância de alimentos e o sedentarismo (SANTIAGO, 2011).

As mudanças na alimentação (a dieta ocidental é cada vez mais rica em gorduras e produtos lácteos) e os novos estilos de vida cada vez mais sedentários são os principais desencadeantes no aumento da obesidade (MORENO, SARRIA, POPKIN, 2002).

Estudo feito por Medrano *et al.* (2005) concluiu que o risco cardiovascular na população espanhola é elevado. Sua monitorização populacional é fundamental na planificação de medidas preventivas e assistenciais. Aporta uma prevalência em função da idade, sexo e área geográfica dos principais fatores de risco cardiovascular. Isto demonstra uma alta prevalência de fatores de risco na população espanhola, indicando que os fatores de risco cardiovasculares mais frequentes são a HAS em maiores de 65 anos (66,7%), o excesso de peso em mulheres adultas (48,3%) e o tabagismo em homens (41,1). 23% da população espanhola apresenta valores de colesterol total por acima de 250 mg/dL; sendo fumantes 33% (41% dos homens e 24% das mulheres); 34% sofrem de HAS; 20% são obesos (18% dos homens e 23% das mulheres); e o DM afeta 8% das mulheres e 12% dos homens.

Podemos relatar que a prevalência de fatores de risco cardiovascular é elevada e similar aos outros países; à prevalência da obesidade, HAS, hipercolesterolemia, hiperlipidemia. A DM tende a aumentar com a idade e é mais frequente em mulheres do que em homens.

O tabagismo é mais frequente em idades jovens e tende a diminuir de forma significativa depois dos 45 anos. As diferenças geográficas observadas na carga e distribuição destes fatores de risco poderiam contribuir para explicar as diferenças no padrão de incidências e mortalidade por doença isquêmica do coração. Na Espanha a prevalência de fatores de risco cardiovasculares provavelmente seja elevada e similar à observada em outros países europeicos e do mundo em geral (MEDRANO *et al.*, 2005).

O conhecimento dos principais fatores de risco associados à obesidade permite definir e implantar estratégias de prevenção da obesidade, pois existem fatores de risco modificáveis como tabagismo, álcool, estresse, sedentarismo, hiperlipoproteinemia, HAS, DM e outros.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

Foi feito um levantamento de dados mediante a análise dos registros escritos da UBS São Raimundo II e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área, pelo Método de Estimativa Rápida. Os registros escritos foram a principal fonte de dados, os prontuários médicos foram revisados e catalogados nos diversos problemas identificados como mais prevalentes e urgentes. Além disso, foram analisados dados do Serviço de Informação Atenção Básica (SIAB) e do IBGE acerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região.

As entrevistas foram feitas com a enfermeira e os ACS da unidade, além de alguns usuários considerados informantes-chave por seu papel na sociedade. Essas foram feitas individualmente, sendo que com usuários foi realizada durante a consulta médica. As perguntas abordaram os seguintes temas: a) principais problemas de saúde da comunidade; b) necessidades materiais e humanas da UBS São Raimundo II para aperfeiçoamento do atendimento à população; c) informações sobre a população e seu ambiente físico e socioeconômico; d) participação popular na produção de saúde.

A observação ativa da área foi realizada semanalmente, fundamentalmente pelas ACS, durante as visitas domiciliares. O médico fez todas as visitas a pé, junto com as ACS, a fim de conhecer melhor a forma e condição de moradia da população, a acessibilidade aos serviços e os problemas de saneamento básico. A observação ativa foi feita também nas consultas médicas, verificando o perfil dos usuários, seus hábitos alimentares e de vida, e o nível de orientação dos mesmos. A seguir serão descritos os 9 passos aplicados no planejamento da intervenção.

### **6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas**

Após a coleta de informações, o médico, juntamente com sua equipe, procedera a definição dos principais problemas de saúde existentes na área da abrangência.

1. Elevada incidência de pessoas obesas com difícil controle das doenças. Baixo nível educativo e cultural e de conhecimento, baixa adesão ao tratamento das doenças crônicas, maus hábitos dietéticos, sedentarismo, dislipidemia.
2. Elevada incidência de pessoas hipertensas com difícil controle das doenças.

Baixo nível educativo e cultural e de conhecimento, baixa adesão ao tratamento, maus hábitos dietéticos, sedentarismo, dislipidemia e história familiar de doença coronariana.

3. Doenças osteomusculares. Grande prevalência, sendo um dos principais motivos que levam o usuário a buscar atendimento médico. Apresentam etiologias diversas, ocasionando desde limitação de atividades até incapacidade.
4. Parasitose intestinal. Verificada sua elevada incidência através dos exames parasitológicos de fezes realizados de rotina nos usuários, sendo reflexo das más condições de saneamento básico da microrregião.
5. atendimentos de urgência e emergência. A falta de drogas e equipamentos para esses tipos de atendimento desencorajam sua prática, sendo a maioria dos casos referenciados ao hospital municipal.

A baixa condição socioeconômica experimentada por uma grande quantidade dos usuários da UBS São Raimundo II se expressa pelas deficientes condições higiênicas tanto pessoal como habitacional, más condições de moradia, dificuldade de aquisição de medicamento ou exame complementar particular.

Podemos observar que alguns problemas são causas ou consequências de outros. Por exemplo, a baixa condição econômica propicia moradia em locais com saneamento básico precário e, conseqüentemente, maior risco de adquirir parasitose intestinal. De modo semelhante, as doenças osteomusculares impedem a prática de atividade física, levando ao sedentarismo que é fator de risco para as doenças cardiovasculares, além da obesidade, os maus hábitos alimentares, a baixa adesão aos tratamentos, o desconhecimento. Assim a obesidade e a dislipidemia são fatores de risco que contribuem ao mau controle das doenças crônicas. Dessa forma, conclui-se que o planejamento deve ser direcionado a gênese do problema para se obter o controle de seus agravos.

## **6.2 Segundo Passo: Priorização dos problemas**

No Quadro 2 é apresentado as fontes de dados para a determinação dos principais problemas em saúde da comunidade.

**Quadro 2 – Principais problemas diagnosticados na UBS São Raimundo II através de registros escritos, entrevistas e observação ativa da área.**

Problema	Fonte de dados		
	Registros	Entrevista	Observação
Elevada incidência de pessoas com obesidade	Prontuário médico, entrevistas médicas	Sim	Sim
Elevado índice de gestação na adolescência	Secretaria Saúde, SIAB, IBGE.	Sim	Sim
Elevada incidência de pessoas com HAS de difícil controle	Prontuário médico, entrevistas medicas	Sim	Sim
Risco cardiovascular aumentado	Prontuário médico, SIAB	Sim	Sim
Doenças mentais	Prontuário Médico	Sim	Sim
Doenças osteomusculares	Prontuário Médico	Sim	--
Parasitose intestinal	Prontuário Médico	Sim	Sim
Atendimentos urgência e emergência	-	Sim	Sim
Baixa condição socioeconômica	Secretaria Saúde, SIAB, IBGE.	Sim	Sim

Após a definição dos problemas, a equipe priorizou os mesmos, orientando e direcionando custos e esforços para sua resolução. Como sugerido por Campos, Faria e Santos (2010), os critérios para priorização dos problemas foram: sua importância (valor baixo, médio ou alto), sua urgência (distribuição de 50 pontos), a capacidade de enfrentá-los (se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe).

Os problemas foram enumerados por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios, através de uma seleção e estão descritos no Quadro 3.

**Quadro 3 – Priorização dos principais problemas detectados na UBS São Raimundo II.**

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Elevada incidência pessoas com obesidade	Alta	20	Parcial	1
Elevada incidência pessoas obesas com difícil controle das doenças crônicas.	Alta	18	Parcial	2
Risco cardiovascular aumentado	Alta	17	Parcial	3
Doenças mentais	Alta	10	Parcial	4
Doenças osteomusculares	Média	10	Parcial	5
Parasitose intestinal	Média	8	Parcial	8
Elevado índice gestação adolescência	Média	8	Parcial	9

**6.3 Terceiro Passo: Descrição e explicação do problema**

A obesidade se define como o aumento de tecido adiposo corporal. Este acúmulo de gordura aumenta o peso, devido ao aumento de tecido adiposo. Mas, não pode se esquecer um aspecto que tem se definido como fundamental nos últimos anos que é o índice cintura/quadril, um dado muito importante no desenvolvimento da obesidade e sua comorbidade (SANTIAGO, 2011).

O predomínio da obesidade tem se duplicado desde 1980, segundo três estudos publicados na revista The Lancet, que foi observado os fatores de risco de doenças do coração entre 1980 e 2008. As taxas globais do IMC quase tem se duplicado desde 1980, quando 4,8 % dos homens e 7,9 % das mulheres eram obesas. Em 2008, 9,8 % dos homens e 13,8 % das mulheres no mundo eram obesos. O estudo encontrou em 2008 mais de 500 milhões de adultos obesos a nível mundial, incluindo uma estimativa de 297 milhões de mulheres obesas e 205 milhões de homens obesos. As nações das Ilhas do Pacífico encabeçam a lista do maior IMC no mundo; 70 % em alguns países do sul de Ásia e África Subsaariana. Depois dos Estados Unidos, Nova Zelândia tem maior taxa de IMC. Brasil alcançou em 3 anos os níveis de sobrepeso e obeso similares aos Estados Unidos, considerando-se uma epidemia.

A porcentagem de brasileiros com sobrepeso aumentou 42,7 % em 2006 e 48,7 % em 2010. No entanto o índice de obesos aumentou 11,4 % a 15 % no mesmo período segundo estudo divulgado pelo Ministério de Saúde (SANTIAGO, 2011).

### **6.5 Quarto Passo: Descrição, explicação e identificação de “nós críticos”**

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF São Raimundo II, escolheu-se a elevada incidência de pessoas com obesidade de difícil controle como alvo de atenção especial, com avaliação dos procedimentos para seu enfrentamento. Por ser uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo apresentar sérias repercussões orgânicas e psicossociais especialmente nas formas mais graves.

As equipes de atenção básica na UBS veem a obesidade como um problema crescente. Ela é considerada uma alteração epidêmica global. Em estudos realizados prevê-se que haverá no planeta em 2022, 2,3 milhões de adultos com excesso de peso. O aumento da obesidade está associado ao aumento o risco de outras doenças crônicas como DM2, doenças cardíacas, doença vascular cerebral, HAS e certos tipos de câncer.

A obesidade é um fenômeno mundial, afeta ricos e pobres, sendo resultado de fatores ambientais, hábitos alimentares atividade física e condições psicológicas sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo. As restrições e autoimposições das pessoas que fazem dieta tem um efeito rebote. Pode resultar em compulsão alimentar a qual pode associar-se às consequências psicológicas com perda de autoestima, mudanças de humor e distração as reflexões. Os programas para redução de peso corporal devem focar bases do comportamento alimentar e desenvolver efetivamente ações interdisciplinares que permitam obter resultados eficazes no tratamento da obesidade.

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento de problemas de obesidade.

1. Pressão social, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, não prática atividade física.
2. Nível de informação, conhecimento da população acerca de sua doença, existência de mitos, tabus, sobre a obesidade e uso incorreto de medicamentos para controle das doenças crônicas.

3. Processo de trabalho da UBS inadequado para enfrentar o problema, capacidade dos profissionais para o acolhimento, vínculo e condução do tratamento da obesidade.
4. Deficiência na gestão municipal: dificulta o fluxo dos usuários para serviços especializados e a ausência de um protocolo para abordagem dessa doença.
5. Estrutura dos serviços de saúde: falta de profissionais para seguimento adequado de usuários com a obesidade.

### 6.6 Quinto Passo: Desenho de operações para os “nós” críticos

No Quadro 4 é apresentado o desenho de operações para os “nós” críticos do problema: a baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com obesidade.

**Quadro 4. Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com obesidade”**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produto</b>	<b>Recursos necessários</b>
Pressão social, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e não atividade física	<b>Mais saúde</b>	População com mais adesão à alimentação saudável e prática de atividade física.	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) abordando os assuntos sobre a obesidade.	<p><b>Cognitivo:</b> Informação sobre o tema que será apresentado no grupo e nas capacitações, elaboração do projeto, estratégia de comunicação e pedagogia.</p> <p><b>Político:</b> Articulação Inter setorial. Adesão dos profissionais, mobilização social.</p> <p><b>Financeiro:</b> Recursos audiovisuais, Folhetos educativos.</p> <p><b>Organizacional:</b> Organização da agenda dos profissionais.</p>

<p>Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da doença existência de mitos, tabus, sobre a obesidade e uso incorreto de medicamentos para controle das doenças crônicas.</p>	<p><b>Bem Informado</b></p>	<p>População mais informada sobre a obesidade (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão à alimentação saudável e prática de atividade física) ESF mais capacitada para lidar com as dificuldades do manejo dos pacientes com obesidade.</p>	<p>Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) Abordando os assuntos sobre a obesidade.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> Informação sobre o tema que serão apresentados no grupo e nas capacitações, elaboração do projeto, estratégia de comunicação e pedagogia.  <b>Político:</b> Articulação Inter setorial. Adesão dos profissionais, mobilização social.  <b>Financeiro:</b> Recursos audiovisuais, Folhetos educativos.  <b>Organizacional:</b> Organização da agenda dos profissionais.</p>
<p>Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema</p>	<p><b>Linha de cuidado</b></p>	<p>Cobertura de 100% da população com obesidade com garantia de atendimento e acompanhamento.</p>	<p>Linha de cuidado para paciente com obesidade, recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado implantada, e acompanhamento.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto linha de cuidado.  <b>Político:</b> Articulação Inter setorial. Adesão dos profissionais.  <b>Financeiro:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas.  <b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>
<p>Deficiência na gestão municipal, dificuldades no fluxo dos pacientes para</p>	<p><b>Cuidar Melhor</b></p>	<p>Cobertura de 100% da população com Obesidade, garantindo as consultas com</p>	<p>Linha de cuidados para a obesidade, implantação de protocolos e acionar da equipes de</p>	<p><b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto de atenção aos obesos.  <b>Político:</b></p>

serviços especializados e ausência de um protocolo para abordagem dessa doença		especialistas, exames previstos, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.	profissionais capacitados.	Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. <b>Financeira:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas especialidades. <b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referência e contra referência).
Estrutura dos serviços de saúde falta de profissionais para seguimento adequado de pacientes com obesidade	<b>Cuidar Melhor</b>	Cobertura de 100% da população com Obesidade, garantindo as consultas com especialistas, exames previstos, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.	Linha de cuidados para a obesidade, implantação de protocolos e acionar da equipes de profissionais capacitados	<b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto de atenção aos obesos. <b>Político:</b> Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. <b>Financeira:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas especialidades. <b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referência e contra referência).

## 6. 7 Sexto Passo: Identificação dos Recursos Críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e não estão disponíveis e por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabiliza-los (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p.69).

A Equipe de Saúde São Raimundo II identificou os recursos críticos de cada operação, conforme apresentados no Quadro 5.

**Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema: "Elevada incidência de pessoas obesas com difícil controle da doença”.**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Mais saúde.</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Informação sobre o tema que serão apresentado no grupo e nas capacitações, elaboração do projeto, estratégia de comunicação e pedagogia.</p> <p><b>Político:</b> Articulação Inter setorial. Adesão dos profissionais, mobilização social.</p> <p><b>Financeiro:</b> Recursos audiovisuais, Folhetos educativos.</p> <p><b>Organizacional:</b> Organização da agenda dos profissionais.</p>
<b>Bem informado</b>	<p><b>Financeiro:</b> Aquisição dos equipamentos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p><b>Político:</b> Articulação Inter setorial. Adesão dos profissionais, mobilização social.</p>
<b>Linha de cuidado</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto linha de cuidado.</p> <p><b>Político:</b> Articulação Inter setorial. Adesão dos profissionais.</p> <p><b>Financeiro:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas de atenção primária e especializada.</p> <p><b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>
<b>Cuidar Melhor</b>	<p><b>Político:</b> Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p><b>Financeira:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas especialidades.</p> <p><b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>

### **6.8 Sétimo Passo: Análise da Viabilidade**

A equipe de saúde precisou identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação, analisar seu provável posicionamento em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e, então, definir operações e ações estratégicas capazes de motivar os atores e construir a viabilidade da operação. Essas ações estão descritas no Quadro 6.

**Quadro 6 - Propostas de ações para a motivação dos atores.**

Operação/Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Mais saúde</b>	<b>Cognitivo:</b> Informação sobre o tema, capacitações	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	Apresentar o projeto a Coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais e população
	<b>Político:</b> Articulação Inter setorial	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	
	<b>Financeiro:</b> Recursos audiovisuais, Folhetos educativos.	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	
<b>Bem informado</b>	Político: Adesão dos profissionais	Profissionais de Saúde.	Favorável	Apresentar o projeto a Equipe
	Mobilização social.	Usuários da área de abrangência/ líderes comunitários	Indiferente	Apresentar o projeto a comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associações do bairro
	Financeiro: Aquisição dos recursos audiovisuais, Folhetos.	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	Apresentar o projeto da Equipe

<b>Linha de cuidado</b>	Político: Organizacio nal: Adequação de fluxos (referência e contra referência).	Secretaria Municipal Saúde	de  Favorável	Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.
<b>Cuidar melhor</b>	<b>Financeira:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas especialida des.	Prefeitura Municipal/Secreta ria de saúde	Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.

### 6.9 Oitavo Passo: Elaboração do Plano Operativo

A equipe, em reunião com todos os profissionais envolvidos no planejamento, definiu em igualdade de critérios, a divisão de responsabilidade por operação e os prazos para a realização de cada produto. No Quadro 7 está representado o plano operativo.

Quadro 7 - Plano Operativo.

Operações	Resultados Esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<b>Mais saúde</b>	População com mais adesão à alimentação saudável e prática de atividade física	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) Abordando os assuntos sobre a obesidade.	Apresentar o projeto a Coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais e população	Enfermeira, médico e ACS	Início em 6 meses Termino indeterminado
<b>Bem informado</b>	População mais informada sobre Obesidade (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão a alimentação saudável e prática de atividade física)  Profissionais da ESF mais capacitada para lidar com os pacientes com obesidade.	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) abordando os temas e dúvidas sobre a obesidade.  Capacitação dos profissionais sobre abordagem ao tema	Apresentar o projeto ao Coordenador da APS e a comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associação de bairro.	Enfermeira, médico e ACS	Início: em 6 meses. Termino: indeterminado
<b>Linha de cuidado</b>	Cobertura de 100% da população com obesidade com garantia de atendimento	Linha de cuidado para paciente portador de obesidade; Recursos humanos capacitados.	Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores	Enfermeiro	Início: 6 meses.  Termino indeterminado

	e acompanha mento.	Gestão da linha de cuidado implantada, com consultas na atenção primária e especializadas e acompanha mento.	realizarem a referência e contra referência.		
<b>Cuidar Melhor</b>	Cobertura de 100% da população com obesidade garantindo consultas com especialistas, exames previstos, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanha mento dos pacientes.	Linha de cuidados para pacientes com obesidade, implantação de Protocolos de atenção, Equipe de profissionais capacitados.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Enfermei ro Medico ACS	Início em 6 meses e término indetermina do.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A confecção e desenvolvimento dos projetos de intervenção nas comunidades, com participação ativa da população e os diversos atores e atrizes responsáveis promove a inserção da comunidade no sistema com uma maior adesão para desenvolver mudanças favoráveis em seu estilo de vida e assim, melhorar a qualidade de vida da população alvo.

## REFERENCIAS

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: Tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl.1, p. S181-191, 2003.

CAMPOS, F.C. FARIA, H.P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte, 2 ed. Universidade Federal de Minas Gerais, Nescon, 2010.

CHANOINE, J, P; HAMPL, S; JENSEN, C; BOLDRIN, M; HAUPTMAN, J. Effects of orlistad on weight and body composition in obesy adolescent: a randomize controlled. BR trial. **Jama**, v. 293, n. 23. p. 293-2873, 2005.

CURRAN, J.; BARNERS, L. A. Obesidade. In: BHERMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSEN, H. B. N. **Tratado de Pediatria**. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.172-177.

DATASUS GOVERNADOR VALADARES. 2015. Cadernos de informação em saúde, Minas Gerais, datasus. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>

ESCRIVÃO, M.A.M.S.; OLIVEIRA F.L.C.; TADDEI J.A.A.C.; LOPEZ F.A. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 76, suppl 3, S305-S310, 2000.

FISBERG, R. M.; SLATER, B.; BARROS, R. R.; LIMA, F. D.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; BARROS, M. B. A.; GOLBAUM, M. Índice de qualidade da dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 3, p. 301-308, 2004.

FRENK, M. J; TAPIA, C. R; VELÁZQUEZ, M., O; LARA, E. A; TAPIA, O. F; MARTÍNEZ, M. Y; CISNEROS, S. M, A. Manual de procedimientos. Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas en el Adulto y Adulto Mayor, México. 2002.

GONZÁLEZ-CHÁVEZ, A; AMANCIO-CHASSIN, O; ISLAS-ANDRADE, S; REVILLA-MONSALVE, C; HERNÁNDEZ-Q, M; LARA-ESQUEDA, A; NARANJO, S; RODRÍGUEZ-MORÁN, M; GUERRERO-ROMERO, F. **Factores de riesgo cardiovascular asociados a obesidad abdominal en adultos aparentemente sanos**. Rev Med Inst Mex, v..46, n.3, p. 273-279, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br> Acesso em 16/05/2014.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos Saúde Pública**, v. 19, Sup. 1:S4-S5, 2003.

LOBSTEIN, T; BAUER, L; UAUY, R. Obesity in Children and Young people: a crisis in public health. **Obesity Reviews**, v. 5, n. 1, supl.4, p.4-85, 2004.

MEDRANO, M. J; CERRATO, E. BOIX R. DELGADO-RODRÍGUEZ, M. Cardiovascular risk factors in Spanish population: metaanalysis of cross-sectional studies. **Rev Medicina Clínica**. v. 124, n 16., p. 606-12. 2005.

MIGUEL-SOCA, P. E. Riesgo de diabetes mellitus en pacientes con resistencia a la insulina. **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**, v. 19, n. 3, p. 396-399, 2015.

MORENO L.A., SARRIA, A., POPKIN, B.M. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 56, p. 992-1003, 2002.

OMS (Organización Mundial de la Salud). **El estado físico: uso e interpretación de la antropometría**. Ginebra, 1995. 521 p.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência – Uma verdadeira epidemia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 47, n.2, p. 107-108, 2003.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Programa de alimentación y nutrición. Informe de la reunión técnica sobre obesidad en la pobreza de América Latina. Washington DC: OPS; 1996 (PAHO/HPP/HPN/96.02).

PHILIP, W; JAMES, T. Tendências globais da Obesidade infantil. Consequências em longo prazo. **Anais Nestlé**, v. 62, p.1-11, 2002.

SÁNCHEZ-CONTRERAS, M; MORENO-GÓMEZ, G.A; MARÍN-GRISALES, M. E; GARCÍA –ORTIZ, L. H. **Factores de Riesgo Cardiovascular en Poblaciones Jóvenes**. Rev. Salud Pública, v. 11, n 1., p. 110-122, 2009.

SANTIAGO, K. *Deportología Pediátrica: “El Deporte Infanto-Juvenil”. Sobrepeso/Obesidad. Condición Física y Hábitos en niños de 9 a 12 años.* Kweitel y cols. Global. 2011. Disponível em: [www.deportologiapediatrica.com/pdf/.../DeporteInfantoJuvenil.pdf](http://www.deportologiapediatrica.com/pdf/.../DeporteInfantoJuvenil.pdf).

SAHOTA, P. RUDOLF, M. C. J., DIXEY, R. HILL, A. J., BARTH, J. H., CADE, J. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. **British Journal of Medicine**, 2001a. Disponível em: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7320/1027>. Acesso em: 12 ago. 2005.

SAHOTA, P. RUDOLF, M. C. J., DIXEY, R. HILL, A. J., BARTH, J. H., CADE, J. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. **British Journal of Medicine**, 2001b. Disponível em: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7320/1029>. Acesso em: 12 ago. 2005.

SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica.** Minas Gerais, 2015. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/.../deftohtm.exe?siab/.../SIABS...>

TRANCOSO, S, C.; BARLETTO, C. S.; PACHECO, C.; PROENÇA, R. Café da manhã: caracterização, consumo e importância para a saúde. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 5, p. 275-87, 2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a World Health Organization, Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/nut/publication.htm>. Acesso em: 09 out. 2005.

## ANEXO 1

### Questionário

- 1- Quantas vezes por semana você realiza atividade física?
  - a) 1h.
  - b) 2h.
  - c) 3h.
  - d) 4h.
  - e) 5 ou mais horas.
- 2- Quantas horas semanais de atividade física você realiza?
  - a) 1h
  - b) 2 hs.
  - c) 3 hs.
  - d) 4 hs.
  - e) 5 ou mais horas.
- 3- Quantas horas diárias você passa frente à tela da TV, computador ou jogos?
  - a) 1h.
  - b) 2hs.
  - c) 3hs.
  - d) 4hs.
  - e) 5 ou mais horas.
- 4- Você fala periodicamente com sua família sobre a importância de realizar atividade física e se alimentar em forma saudável?
  - a) Sim.
  - b) Não.
- 5- Quantas vezes por semana você vai a um local de comidas rápidas?
  - a) Jamais
  - b) Esporadicamente
  - c) 1 vez
  - d) 2 vezes
  - e) 3 ou mais vezes
- 6- Quantos dias à semana você come vegetais?
  - a) Não come.

- b) 1 ou 2
- c) 3 ou 4
- d) 5 ou 6
- e) Todos os dias

7- Quantos dias na semana você come frutas?

- a) Não come.
- b) 1 ou 2
- c) 3 ou 4
- d) 5 ou 6
- e) Todos os dias

8- Você come peixe?

- a) Sim
- b) Não

9- Você consome refrigerantes ou sucos industrializados (não light) durante a refeição habitualmente?

- a) Sim
- b) Não