



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

RAQUEL LEITE RANGEL

**PLANO DE AÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL II DO MUNICÍPIO DE
ITAJUBÁ-MG**

**ITAJUBÁ - MG
2014**

RAQUEL LEITE RANGEL

**PLANO DE AÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL II DO MUNICÍPIO DE
ITAJUBÁ-MG**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

**ITAJUBÁ - MG
2014**

RAQUEL LEITE RANGEL

**PLANO DE AÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE NA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL II DO MUNICÍPIO DE
ITAJUBÁ-MG**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Aprovada em Alfenas: _____ / _____ / _____

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre foi minha força maior e que até aqui guiou todos os meus passos.

À minha mãe, meu exemplo de força e vontade de vencer, por seu amor incondicional.

Ao meu pai que, mesmo apesar das dificuldades, sempre esteve ao meu lado nos momentos que eu precisei.

Aos irmãos, Rodrigo e Ana Júlia, pelo simples fato de existirem e serem tão importantes para mim.

Ao meu namorado Eduardo por todo incentivo, amor e companheirismo. Sua presença é fundamental para minha felicidade.

Aos demais familiares e amigos, meu muito obrigado.

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua prevalência cresceu acentuadamente nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento. Sua causa é multifatorial e depende da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição (PNSN), cerca de 27% dos homens e 38% das mulheres apresentam sobrepeso ou obesidade. A Estratégia da Saúde da Família da Zona Rural II, localizada no município de Itajubá, sul de Minas Gerais, possui uma população adstrita de 2.013 habitantes, constituída por 608 famílias cadastradas. Após a análise situacional realizada juntamente com a equipe, por meio da estimativa rápida, observamos que um dos problemas de maior prioridade é as doenças crônicas cardiovasculares e endocrinológicas, que por sua vez, podem resultar em consequências em vários outros sistemas orgânicos. Devido a alta prevalência da obesidade na população em estudo (cerca de 35%), essa foi definida como o principal problema, pois a obesidade tornou-se problema de saúde pública, uma vez que as consequências para a saúde são muitas e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, que afetam diretamente a qualidade de vida.

Palavras chave: Obesidade, Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família, Riscos Cardiovasculares.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease characterized by excessive accumulation of adipose tissue in the body. Its prevalence has grown markedly in recent decades, especially in developing countries. Its cause is multifactorial and depends on the interaction of genetic, metabolic, social, behavioral and cultural. In Brazil, according to data from the National Health and Nutrition (PNSN), about 27% of men and 38% of women are overweight or obese. The Family Health Strategy of Rural Zone II, located in the municipality of Itajubá, southern Minas Gerais, has a registered population of 2,013 inhabitants, consisting of 608 families registered. After the situational analysis conducted together with the team through quick estimate, we note that one of the highest priority problems are chronic cardiovascular and endocrine which in turn have consequences in several other organ systems. Due to the high prevalence of obesity in the study population, and about 35% of the population were defined as the main problem, since obesity has become a public health problem, since the health consequences are many and vary from increased risk of premature death to serious diseases not lethal but debilitating, which directly affect the quality of life.

Keywords: Obesity, Primary Health Care, Health Family Program, Cardiovascular Risks.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Zona Rural II.....	20
Quadro 2 - Descritores da obesidade na ESF Zona Rural II.....	22
Figura 1 - Arvore explicativa do problema obesidade na ESF Zona Rural II...	23
Quadro 3 - Identificação dos nós críticos relacionados ao problema.....	24
Quadro 4 - Desenho das operações.....	24
Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para enfrentamento dos “nós” críticos da obesidade.....	26
Quadro 6 - Propostas de ações para motivação dos atores.....	27
Quadro 7 - Plano Operativo.....	28
Quadro 8 - Planilha para acompanhamento de projetos.....	30
Quadro 9 - Elaboração da Mariz SWOT.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Justificativa	11
2	OBJETIVO	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
4	MÉTODOS	18
5	PLANO DE AÇÃO	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O município de Itajubá faz divisa com os municípios de São José do Alegre, Maria da Fé, Wenceslau Brás, Piranguçu, Piranguinho e Delfim Moreira e é o núcleo urbano mais importante da região, beneficiado por uma boa malha viária, permitindo a concentração e a distribuição de bens e serviços para os municípios circunvizinhos. Está na bacia hidrográfica do Rio Sapucaí, cuja nascente fica na cidade de Campos do Jordão, São Paulo.

O Programa de Saúde à família foi implantado em 2004, constituído por treze estratégias de saúde da família, dois Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), duas policlínicas e seis Unidades básicas de saúde. O atendimento de média e alta complexidade são realizados pelo Hospital Escola de Itajubá e Santa Casa de Misericórdia de Itajubá.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Zona Rural II é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários que conhecem bem as famílias cadastradas e suas respectivas doenças, dificuldades e problemas. Uma vez por semana contamos com a presença de um ginecologista-obstetra que é responsável pelo atendimento das mulheres com queixas ginecológicas e pelo pré-natal das gestantes. O atendimento é feito das 8:00 horas às 16: 00 horas, com um total de oito unidades, subdivididas da seguinte forma: segunda feira na Unidade São Pedro de manhã e à tarde na Unidade Cantagalo, terça feira: Unidade Pedra Mamona de manhã e à tarde na unidade Ponte Santo Antônio, que é a nossa Unidade sede, quarta feira: Unidade Estância de manhã e à tarde fazemos a reunião da equipe com programação da próxima semana, agendamento dos paciente, almoço da equipe e discussão de temas (cada semana um profissional discute um tema de relevância na população adscrita), na quinta freira de manhã atuamos na Unidade Pedra Preta e à tarde na Unidade dos Freires. Também realizamos visitas domiciliares aos pacientes acamados, aos que não tem condições físicas e mentais de ir até o posto de saúde, aos pós-operatórios e realizamos curativos de feridas de pé diabéticos, insuficiências venosas, queimaduras, entre outros.

Após a análise situacional realizada juntamente com a equipe, por meio do método de estimativa rápida, observamos que um dos problemas de maior

prioridade é as doenças crônicas cardiovasculares e endocrinológicas que por sua vez podem resultar em consequências em vários outros sistemas orgânicos. Um exemplo clássico é um paciente diabético que desenvolve obesidade e como consequência dessa obesidade apresenta problemas articulares.

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua prevalência cresceu acentuadamente nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento. Sua causa é multifatorial e depende da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (PERRONI, 2013).

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição (PNSN), cerca de 27% dos homens e 38% das mulheres apresentam sobrepeso ou obesidade. Essa prevalência tende a aumentar com a idade, atingindo seu valor máximo na faixa etária entre 45 e 54 anos, na qual 37% dos homens e 55% das mulheres apresentam excesso de peso. A obesidade ainda se associa a vários estressores interpessoais e à diminuição da autoestima (DUCHESNE, 2001).

Na ESF Zona Rural II a população enfrenta grandes adversidades que dificultam o acesso à prática de atividades físicas, como a precariedade das estradas, que impossibilitam a realização de caminhadas, a não existência de centros de saúde e academias, assim como de quadras esportivas e a baixa renda familiar, que impede que a população possa ir até a cidade para ter acesso às atividades citadas. Cerca de 40% dessa população são indivíduos com sobrepeso, sendo aproximadamente 15% com algum grau de obesidade. Esse grau de obesidade é baseado no Índice de Massa Corpóreo (IMC), que é calculado a partir da seguinte fórmula: $IMC = \text{Altura} / (\text{Peso})^2$ (WHO, 1998).

1.1 JUSTIFICATIVA

A obesidade tornou-se um grave problema de saúde pública, uma vez que as consequências para a saúde são muitas e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, que afetam diretamente a qualidade de vida, tais como: doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de câncer, hipertensão arterial, dificuldades respiratórias, distúrbios do aparelho

locomotor e dislipidemias. Devido à alta prevalência (cerca de 35%) em minha unidade definimos a obesidade como o principal problema, uma vez que está intimamente ligada a duas frequentes comorbidades: a hipertensão arterial e o diabetes.

2 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para a prevenção e o controle da obesidade na área de abrangência da ESF Zona Rural II do município de Itajubá, MG.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Schramm (2004) no processo de transição epidemiológica no Brasil, ainda se verifica a ocorrência de antigos e novos problemas de saúde na população, com predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando 66,3% da carga total de doença estimada.

As DCNT são atualmente a principal prioridade na área da saúde no Brasil. Estimativas mostram que 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. Apesar da melhoria de acesso à atenção básica e ao combate do tabagismo é importante citar que a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando, paralelamente ao excesso de peso; esses aumentos estão associados a mudanças no estilo de vida como na dieta e na atividade física (SCHMIDT, 2011).

Segundo dados do inquérito nacional sobre saúde e nutrição de 1989, aproximadamente 32% dos adultos brasileiros apresentavam algum grau de excesso de peso. Desses, 8% apresentavam obesidade, com predomínio entre as mulheres (70%). A faixa etária de maior prevalência era de 45-54 anos (COITINHO, 2001).

Esse quadro nosológico tem se modificado ao longo do tempo o que tem sido constatado mediante a publicação de diferentes resultados de pesquisas no país. Assim, estudos com adultos têm comprovado a mudança das prevalências de sobrepeso e obesidade na população brasileira como apresenta a pesquisa realizada por Lollo e Latorre (1991), no qual encontraram 26,9% e 27,7% de sobrepeso para homens e mulheres e 10,2% e 14,7% de obesidade para homens e mulheres, respectivamente. Gigante e colaboradores (1997) descrevem, a partir de estudo realizado no sul do país, prevalência de 21,0% de obesidade e em torno de 40,0% de sobrepeso. Isso mostra a importância que o sobrepeso e a obesidade têm atualmente no quadro de morbimortalidade da população brasileira uma vez que constituem em fatores de risco de diversas enfermidades crônicas.

O excesso de peso e a obesidade, causadas principalmente por estilos de vida desfavoráveis e pela predisposição genética, tornaram-se uma pandemia. Esses transtornos de excesso de gordura corporal são conhecidos há muitos anos e estão ligados ao aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular. Além disso, o

excesso de peso está associado ao aumento da mortalidade em geral devido a doenças como o câncer, a apneia do sono, doença de Alzheimer (GAAL, 2013).

Em termos conceituais, a obesidade pode ser definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal em extensão tal, que acarreta prejuízos à saúde das pessoas, tais como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, Diabetes Não-Insulino-Dependente (Diabetes Tipo II) e certos tipos de câncer (MONTEIRO; CONDE, 1999).

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), a obesidade caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado. Dessa forma, o indivíduo consome mais do que gasta o que ser consequência do excesso do consumo de calorias e/ou a inatividade física.

Sichieri (1998) já apontava a existência de duas vertentes teóricas para explicar o aumento exponencial do sobrepeso e obesidade: uma que responsabiliza a composição da dieta com alta concentração de gorduras e carboidratos simples como fator determinante da obesidade e outra, que afirma ser o consumo total de calorias o principal determinante, aliada ao sedentarismo.

O estilo de vida da sociedade moderna aliado ao sedentarismo tem resultado em num padrão alimentar e nutricional desfavorável à saúde da população brasileira, sendo necessária uma atenção integral e humanizada das pessoas apresentando excesso de peso e obesidade, pela equipe multiprofissional, com enfoque na promoção e prevenção de outras enfermidades, na atenção primária à saúde (BRASIL, 2006).

A classificação da obesidade em adultos é verificada por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (KG/m^2). Valores entre 25,0 a 29,9 KG/m^2 são classificados como sobrepeso. A obesidade é definida como um IMC igual ou superior a 30,0 KG/m^2 . Essa pode ser subdividida em termos da severidade, sendo IMC entre 30,0 a 34,9 KG/m^2 classificada como grau I, entre 35 a 39,9 KG/m^2 , obesidade grau II e superior que 40,0 KG/m^2 , denomina-se obesidade grau III ou grave (WHO, 1998).

Diante do exposto, torna-se evidente que o quadro epidemiológico nutricional do Brasil deve resultar em estratégias de saúde pública eficazes no enfrentamento do que vem sendo chamado de “pandemia” mundial para dar conta de um modelo de atenção voltado para a atenção às pessoas apresentando sobrepeso e obesidade na perspectiva de prevenção dessas doenças; tal modelo deve integrar as diferentes interfaces do processo de adoecer e morrer das populações (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A emergência da obesidade e sua inserção nas DCNT mostra a necessidade de um modelo de atenção à saúde, capaz de contemplar e integrar ações eficazes para seu controle e prevenção (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). Nesse contexto, Mendes (2011) propõe um modelo de redes de atenção à saúde, voltado para o atendimento às condições agudas e crônicas. Segundo esse autor, a atual situação de saúde brasileira como resultado do processo de transição demográfica acelerada e a tripla carga de doenças com predomínio das DCNT devem ser articuladas num sistema integrado de saúde, que opere de forma contínua e equilibrado, na atenção às condições agudas e crônicas. Cabe à equipe multiprofissional da atenção primária à saúde atuar na prevenção e na promoção da saúde, na área adstrita, com foco familiar, por meio da classificação de risco e assim, priorizar a promoção do autocuidado apoiado e na gestão das condições de saúde simples e mais complexa.

Fagundes (2011) afirma que o sobrepeso/obesidade, pela sua complexidade, exige um modelo de atenção organizado em rede de saúde, que tem a atenção primária à saúde como porta de entrada e que os usuários possam ser encaminhados e atendidos em serviços de saúde de maior complexidade, quando necessário. Aponta também a necessidade dos governos municipais de promover a interdisciplinaridade e intersetorialidade para dar respostas efetivas às enormes demandas aos agravos alimentares e nutricionais, particularmente do sobrepeso e obesidade pela importância que essas enfermidades têm hoje no quadro de doenças crônicas não transmissíveis.

Assim, podem-se criar planos de intervenção e protocolos assistenciais relacionadas à prevenção e ao controle da obesidade pelas equipes de saúde da atenção primária e serviços integrados de saúde no Brasil. Faz-

se necessário ainda incorporar à prática clínica a educação em saúde, estimulando hábitos saudáveis de vida e alimentação/nutrição.

4 MÉTODOS

O presente trabalho constitui-se de um estudo de revisão bibliográfica, de natureza descritiva (PEREIRA, 2008), voltado para a intervenção às pessoas apresentando obesidade a partir das necessidades identificadas por meio da observação da equipe de saúde da família e análise situacional por meio do método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), que foi fundamental para a elaboração do plano de ação.

A revisão bibliográfica foi realizada utilizando-se as bases eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico e livros textos. A busca dos artigos científicos publicados em periódicos eletrônicos foi realizada no período de 1990 a 2013. Os descritores utilizados foram: obesidade e Atenção Primária à Saúde e as palavras chave, Programa Saúde da Família e risco cardiovascular. Todos os descritores e palavras chave foram combinados entre si utilizando-se do operador booleano And.

Após leitura criteriosa dos títulos e resumos dos artigos científicos foram excluídos os que não atendiam ao tema proposto. Em seguida foram realizadas leituras na íntegra dos artigos selecionados para este estudo.

Foi utilizada também a Matriz SWOT a partir do plano de monitoramento das ações de intervenções propostas. De acordo com Ansoff e McDonnell (1984), a análise SWOT é uma das ferramentas de gestão para suporte ao planejamento estratégico. O termo SWOT é um acrônimo das palavras Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Ela é dividida em duas partes: o ambiente externo à organização (oportunidades e ameaças) e o ambiente interno (pontos fortes e pontos fracos). O ambiente externo está totalmente fora do controle da organização, age de maneira homogênea sobre todas organizações que atuam no mesmo mercado e na mesma área e, desta forma, representam oportunidades ou ameaças iguais para todas, cuja probabilidade de impacto deve ser tratada por cada empresa separadamente. Por outro lado, o ambiente interno é aquele que pode ser controlado pela organização/serviço e, portanto, é diretamente sensível às estratégias formuladas pela organização.

A análise SWOT (Forças-Fraquezas-Oportunidades-Ameaças) pode servir

como técnica tanto para a definição dos projetos de melhoria e resolução de problemas, como também um meio de acompanhar o alinhamento com os objetivos propostos no plano de ação (ANSOFF; MCDONNELL,1984).

5 PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: Definição dos problemas

A Estratégia da Saúde da Família da Zona Rural II, localizada no município de Itajubá, Sul de Minas Gerais, possui uma população adstrita de 2.013 habitantes, constituída por 608 famílias cadastradas. Apesar das grandes dificuldades enfrentadas pela população, principalmente devido à distância dos bairros e das condições das estradas que, quando em tempo de chuva, se tornam intransitáveis, da não permanência dos médicos por período em que seja suficiente o vínculo com os pacientes, percebemos grande esforço por parte da população e da equipe de saúde em manter as unidades em funcionamento para que seja possível realizar os atendimentos necessários.

Os principais problemas identificados nessa população estão relacionados às doenças crônicas cardiovasculares e endocrinológicas, que por sua vez acarretam consequências em vários outros sistemas orgânicos. Um exemplo clássico é um paciente diabético que desenvolve obesidade e como consequência dessa obesidade apresenta problemas articulares.

Segundo passo: Priorização do problema

Devido à alta prevalência na população residente na área adstrita, a equipe de saúde definiu a obesidade como o principal problema, uma vez que está intimamente ligada a duas frequentes comorbidades: a hipertensão arterial e o diabetes.

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Zona Rural II.

Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Obesidade	Alta	Parcial	1
Hipertensão	Alta	Parcial	2
Diabetes	Alta	Parcial	3
Difícil acesso as atividades físicas	Alta	Fora	4
Artralgia	Alta	Parcial	5

Terceiro passo: Descrição dos problemas identificados

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua prevalência cresceu acentuadamente nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento. Sua causa é multifatorial e depende da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (PERRONI, 2013).

A obesidade tornou-se problema de saúde pública, uma vez que as consequências para a saúde são muitas e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, que afetam diretamente a qualidade de vida, tais como: doenças cardiovasculares e neoplasias malignas. As evidências científicas mostram a importância da prevenção das causas mais comuns de morte prematura no Brasil e em países do mundo, causadas pelas doenças cardíacas e o câncer. Essas mesmas recomendações são também adequadas para a prevenção da obesidade, que por si só aumenta o risco de outras doenças graves (BRASIL, 2004).

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição (PNSN), cerca de 27% dos homens e 38% das mulheres apresentam sobrepeso ou obesidade. Esta prevalência tende a aumentar com a idade, atingindo seu valor máximo na faixa etária entre 45 e 54 anos, na qual 37% dos homens e 55% das mulheres apresentam excesso de peso. A obesidade ainda se associa a vários estressores interpessoais e à diminuição da autoestima (DUCHESNE, 2001).

Na ESF Zona Rural II a população enfrenta grandes adversidades que dificultam o acesso à prática de atividades físicas, como a precariedade das estradas que impossibilitam a realização de caminhadas, a não existência de unidades de saúde e academias, assim como de quadras esportivas e a baixa renda familiar que impede que a população possa ir até a cidade para ter o acesso às atividades citadas. Cerca de 40% dessa população é composta por indivíduos que se encontram com sobrepeso, sendo aproximadamente 15% com algum grau de obesidade.

Quadro 2- Descritores da obesidade na ESF Zona Rural II.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	290	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados	309	Registro da equipe
Diabéticos cadastrados	148	Registro da equipe
Diabéticos acompanhados	132	Registro da equipe
Sobrepesos acompanhados	705	Registro da equipe
Obesos acompanhados	105	Registro da equipe

Quarto passo: Explicação do problema

Uma das maiores dificuldades encontradas pelo paciente frente a um quadro de obesidade são justamente as principais formas terapêuticas: a prática de atividades físicas e a mudança dos hábitos alimentares. Quando abordamos um paciente obeso a primeira coisa que perguntamos é em relação a sua alimentação e as atividades físicas praticadas. Dificilmente o paciente se sente a vontade para contar realmente do que é composta sua alimentação e já em relação às atividades físicas eles são mais sinceros, uma vez que a maioria não pratica atividades regulares e não encontram dificuldade em revelar esse fato.

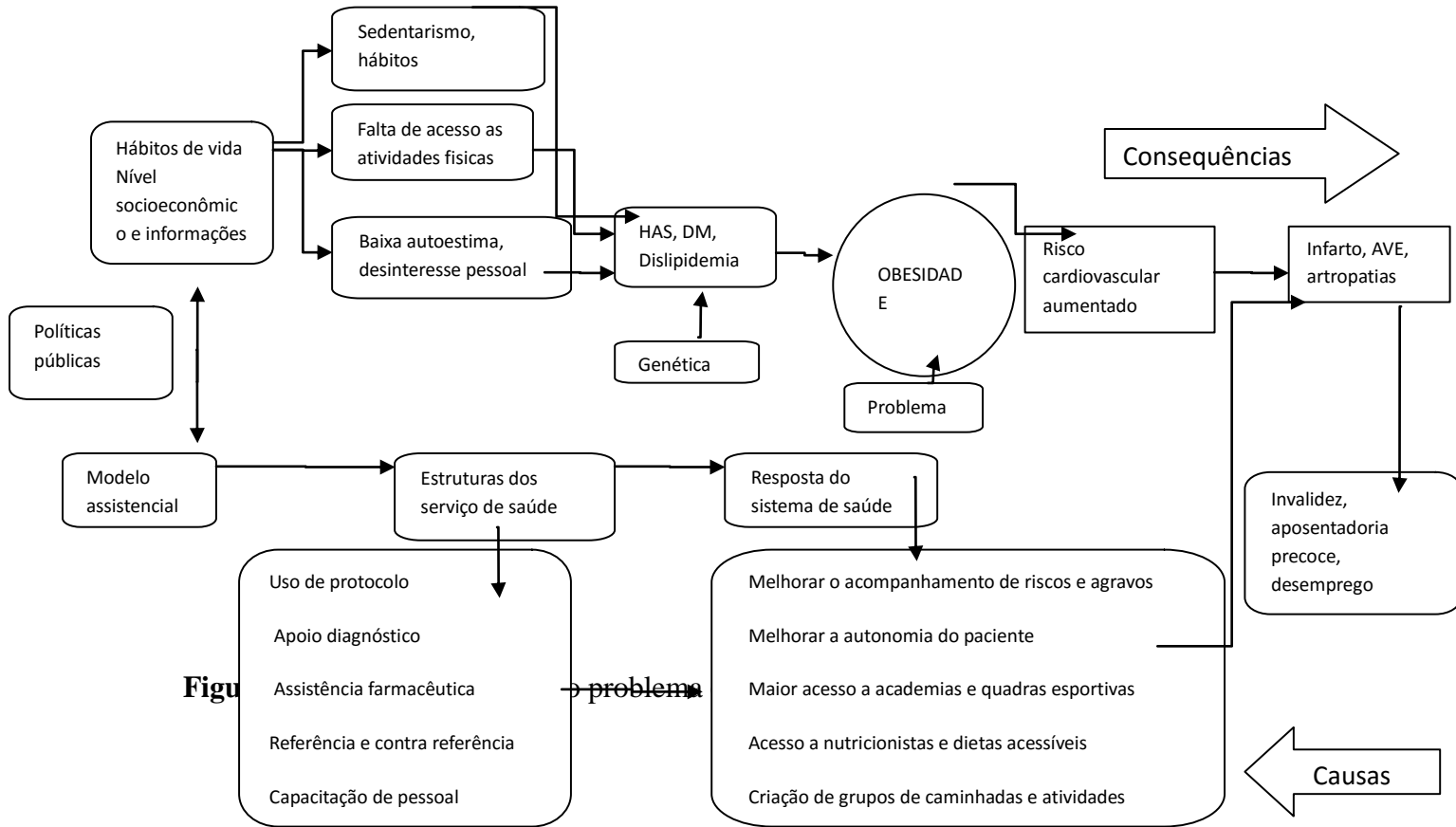


Figura 1– Arvore explicativa do problema obesidade na ESF Zona Rural II.

Quinto passo: Seleção dos nós críticos

Para elaborarmos um plano de ação devemos primeiramente conhecer os principais problemas de saúde, suas causas e consequências presentes numa determinada população. Um dos desafios do processo de planejamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que está planejando de identificar, descrever e explicar os principais problemas de um determinado território, buscando definir prioridades quanto às soluções para reduzi-los e elaborando um plano de ação baseado nessas prioridades.

Os principais problemas identificados na população adstrita na ESF Zona Rural II estão relacionados às doenças crônicas cardiovasculares e endocrinológicas, que por sua vez acarretam consequências em vários outros sistemas orgânicos. Um exemplo clássico é um paciente diabético que desenvolve obesidade e como consequência dessa obesidade apresenta problemas articulares. Devido à alta prevalência em minha população foi definida a obesidade como o principal problema, uma vez que está intimamente ligada a duas frequentes comorbidades: a hipertensão arterial e o diabetes.

Quadro 3 – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Obesidade	Falta de motivação dos usuários. Falta de estrutura física adequada para realização das atividades físicas. Falta de informação dos usuários sobre os riscos da obesidade. Falta de orientação dietética adequada.

Sexto passo: Desenho de operações

Quadro 4- Desenho das operações.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais Saúde (Modificar hábitos e estilo de vida)	Diminuir o número de sedentários	Programa de caminhada orientada	Organização das caminhadas (organizacional) Aquisição de recursos financeiros para divulgação, folhetos educativos (financeiro). Mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino (político) Informação sobre o tema e estratégias de comunicação

				(cognitivo)
Nível de informação	Saber Mais (Aumentar o nível de informação sobre os riscos da obesidade)	População mais informada sobre os riscos e as consequências da obesidade	Avaliar o nível de informação da população sobre a obesidade, capacitação dos ACS e de cuidadores.	Conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas (cognitivo) Organização da agenda, (organizacional) Articulação intersetorial e mobilização social (político)
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor (melhorar a estrutura do serviço para pacientes com sobrepeso e obesidade)	Garantia de um local onde possa ser realizado as atividades físicas, disponibilização de exames laboratoriais para HAS, DM e dislipidemias, consultas com nutricionistas	Capacitação e contratação de profissionais, compra de exames, aluguel de um espaço para atividades, disponibilidade de medicamentos para controle de HAS, DM e dislipidemias	Aumentar recursos para estruturar o serviço (políticos) Aumentar ofertas de exames, consultas e medicamentos (Financeiros) Elaboração do projeto adequado (cognitivo e organizacional)
Pressão social	Viver melhor (aumentar a oferta de empregos e fomentar a cultura de paz)	Diminuição do desemprego e da violência	Programa de geração de emprego e cultura de paz	Informação sobre o tema, elaboração do projeto de geração de emprego e enfrentamento da violência (cognitivo) Mobilização social em torno das questões e aprovação dos projetos (político) Financiamento dos projetos (financeiro)

Estimular e preparar os profissionais de saúde e os Agentes Comunitários para aconselharem e apoiarem os usuários no processo de adoção de outros hábitos saudáveis.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

É necessária a percepção de que não basta apenas identificar os problemas da população. É fundamental criar meios viáveis pelos quais podemos abordar os agravos e trazer resultados satisfatórios para toda aquela comunidade. No âmbito da obesidade, o primeiro passo seria a criação de um espaço, financiado pela Prefeitura, que pudesse servir como um espaço para atividades físicas e prática de esportes. Uma quadra poliesportiva deve ser disponibilizada e, profissionais, como professores de educação física e estagiários, devem ser contratados para que as atividades sejam supervisionadas, pois simplesmente realizar atividades físicas sem a supervisão de um profissional habilitado pode acarretar problemas futuros como lordose, entre outros, agravos na região da coluna e articulações.

Outro ponto necessário seria a contratação de um nutricionista, que pudesse orientar o paciente quanto aos alimentos que são permitidos o consumo e, principalmente, avaliar os que são acessíveis financeiramente uma vez que não adianta orientá-lo a comer, por exemplo, peixe e alimentos ricos em fibra, se ele não tem condições financeiras de comprar esses alimentos. Deve-se criar uma dieta individual com alimentos que são acessíveis e que o paciente aprecie para que a dieta não se torne um sacrifício para quem a está realizando.

Quadro 5- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para enfrentamento dos “nós” críticos da obesidade.

Operação/ projeto	Recursos críticos
Mais Saúde	Político: conseguir espaço na rádio local para divulgação Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Saber Mais	Político: articulação intersetorial
Cuidar melhor	Político: aumentar recursos para estruturar o serviço Financeiro: recursos necessários para a estruturação dos serviços
Viver melhor	Organizacional: mobilização social em torno do desemprego e violência Político: articulação intersetorial e aprovação dos projetos Financeiro: financiamento do projeto

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

Para que todos esses projetos sejam viabilizados é necessário contatar várias esferas da sociedade, começando pela população beneficiada, passando pelo gerenciamento da equipe de saúde da Estratégia de Saúde de Família da Zona Rural II, que incluem a participação dos agentes comunitários, técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiro e médico, contando também com os profissionais de nutrição e educação física que serão contratados, até chegar ao poder político, que nesse caso, se enquadra a secretaria de saúde, vereadores e prefeito. Esses são os atores principais que devem estar articulados nesse projeto de ação contra a obesidade e o sobrepeso.

É importante a análise de que todos os atores são beneficiados com as medidas propostas. A população ao receber um espaço para realizar as atividades físicas supervisionadas e suporte nutricional adequado poderá dessa forma reduzir os índices de obesidade e sobrepeso observados nessa comunidade, assim como evitar futuros pacientes obesos e sobrepeso, fazendo com que a atenção básica consiga exercer sua função de prevenção e promoção de saúde. A equipe de saúde se beneficia uma vez que teremos menos complicações e consultas relacionadas com as consequências da obesidade, como por exemplo, pacientes com HAS e DM descompensados, dores articulares devido ao excesso de peso, entre outros. Os profissionais contratados, professores de educação física e nutricionista, terão uma atividade extra, aumentando assim a renda mensal e contribuindo para diminuição do desemprego. E por último a secretaria de saúde e a própria cidade de Itajubá é beneficiada ao ter seu índice de obesidade e sobrepeso, reduzido pela introdução de ações promovidas com seu incentivo político, financeiro e organizacional.

Quadro 6- Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações/ projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Mais Saúde (Modificar hábitos de vida)	Político: conseguir espaço na rádio localizada	Setor de comunicação social	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. Infraestrutura: criar um espaço	Secretário de saúde Secretário de Planejamento e Obras	Favorável	

	poliesportivo	Secretários de Finanças		
Projeto viver melhor (aumentar a oferta de emprego e fomentar a cultura de paz)	Político: mobilização social do desemprego e violência Financeiro: financiamento dos projetos Político: articulação intersectorial	Associações de bairro Secretários de Saúde, Ação Social, Educação, ONGs.	Favorável Algumas instituições são favoráveis e outras indiferentes	Apresentar o projeto Apoio das associações
Saber Mais (aumentar o nível de informação sobre os riscos de obesidade)	Político: articulação com a secretaria de saúde	Secretaria Municipal de Educação	Favorável	
Cuidar melhor (estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado)	Político: aumentar os recursos para estruturar os serviços Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio com medicamentos, exames e consultas especializadas.	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Fundo nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto da estruturação da rede

Nono passo: elaboração do plano operativo

Como em todo trabalho de equipe é necessário designar funções para os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para cumprimento das ações necessárias. Todo projeto deve ser coordenado por um gerente que será responsável pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não quer dizer que ele seja o responsável por executá-las.

Em reunião com equipe da Estratégia de Saúde da Família da Zona Rural II, ficou definido por consenso que a divisão das responsabilidades por operações e por prazos seria definida de acordo com o quadro a seguir.

Quadro 7- Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais Saúde (Modificar hábitos de	Diminuir o numero de sedentários,	Programa de caminhada orientada e	Apresentar o projeto	ACS Bruna e Amália	Três meses para início das atividades

vida)	sobrepesos e obesos no prazo de 1 ano	educativa na rádio local, Programa “Merenda saudável”	Folhetos explicativos da importância da atividade física		
Viver melhor (aumentar a oferta de empregos e fomentar a cultura da paz)	Diminuição de desemprego e da violência	Programa de fomento de cultura da paz Criação de um espaço para atividades físicas	Apresentar o projeto Apoio das associações Contratação dos profissionais de nutrição e educação física	Enfermeira Mariana e auxiliar de enfermagem Dilza	Apresentar o projeto em três meses Três meses para o início das atividades
Saber Mais (aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da obesidade)	População mais informada sobre os riscos da obesidade e suas consequências	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da obesidade Campanha educativa na rádio local Programa de saúde escolar Capacitação dos ACS e dos cuidadores		Acs Adriana e técnica de enfermagem Simone	Início em quatro meses e término em 6 meses Início em três meses e término em 12 meses Início em 6 meses e avaliações semestrais Início em dois meses e término em 3 meses
Cuidar melhor	Adequar a oferta de consultas, exames e medicamentos definidos nos protocolos, com meta de 80% de cobertura.	Equipamento da rede Contratação de exames e consultas especializadas Compra de medicamentos	Apresentar projeto de estruturação de rede	Enfermeira Mariana e ACS Alessandra	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação de recursos Quatro meses para compra dos equipamentos Início em quatro meses e finalização em oito meses.

Décimo passo: Gestão do plano

Após a criação de um plano de ação bem estruturado e da garantia de disponibilidade dos recursos é necessário desenvolver e estruturar um sistema de gestão que seja capaz de estruturar e acompanhar a execução das operações, fazendo as correções, quando necessárias. Deve-se, também, garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e os executores.

No quadro a seguir demonstraremos a situação do plano de ação da equipe da Estratégia de Saúde Zona Rural II, após seis meses do início do projeto.

Quadro 8- Planilha para acompanhamento de projetos.

Operação “ Mais Saúde”					
Coordenação: Enf. Mariana M. P. - Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1) Programa caminhada orientada	Bruna e Amália	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas	-	-
2) Campanha educativa na rádio local	Enf. Mariana	3 meses	Atrasada	Formato de duração do programa definido, falta definição de horário pela emissora local	1 mês
3) Projeto “merenda saudável”	Enf. Mariana	3 meses	Projeto ainda em discussão com a educação	Resistência das cantinas escolares em não comercializar alimentos não recomendados pelo programa	2 meses

Operação “ Viver melhor”					
Coordenação: Enf. Mariana M. P.- Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Rede Saúde e paz	Mariana M. P.	3 meses	Parceiros identificados e sensibilizados, rede formalizada, fase de elaboração dos projetos.		

Operação “ Saber Mais”					
Coordenação: Enf. Mariana M. P.- Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1) Avaliação do nível de informação da população sobre o risco de obesidade	Simone e Adriana	9 meses	Projeto de avaliação elaborado		
2) Campanha educativa local	Enf. Mariana	3 meses	Parceiros identificados e sensibilizados	Formato e duração do programa definidos, falta de definição de horário pela emissora local	1 mês
3) Capacitação de ACS e cuidadores sobre os riscos da obesidade	Enf. Mariana	2 meses	Programa de capacitação elaborado, ACS capacitados, cuidadores identificados, curso ainda não iniciado	Atraso na identificação dos cuidadores, cuidadores propuseram início do curso após as férias.	Novo início em um mês
4) Programa de Saúde Escolar	Enf. Mariana	6 meses	Conteúdo e forma já definidos, programação já definida e recursos visuais já definidos.	Férias escolares	Início em um mês, após as férias.

Operação “ Cuidar melhor”					
Coordenação: Enf. Mariana M. P.- Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1) Equipamento da rede, incluindo a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Enf. Mariana	12 meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde		
2) Contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos	Enf. Mariana	8 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada, edital elaborado.		
3) Espaço poliesportivo Contratação de educador físico, nutricionista e estagiário	Enf. Mariana junto à Secretário de Saúde e Obras Ampliar a adesão à proposta apresentado	18 meses		Prazo para e sensibilização dos diferentes atores sociais, captação de recursos financeiros e licitação	

formalmente o plano na Câmara Municipal e na Associação de Bairro				
---	--	--	--	--

Quadro 9 – Elaboração da Matriz SWOT

Oportunidades	Fortalezas
Equipamento da rede – Projeto elaborado submetido FNS Contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos – Editais elaborados. Programa de Saúde Escolar em andamento Criação de um ginásio poliesportivo para atividades físicas	Rede Saúde e paz em desenvolvimento Avaliação do nível de informação da população sobre o risco de obesidade – Projeto elaborado Programa caminhada orientada implantado e implementado nas microáreas Capacitação de ACS (realizado) e cuidadores sobre os riscos da obesidade (em elaboração)
Fraquezas	Ameaças
Atraso na identificação dos cuidador	Programa “merenda saudável” (resistência das cantinas escolares) Dificuldade de adesão do equipamento de comunicação social - Campanha educativa na rádio local atrasada (falta de definição de horário) Falta, ou não previsão, de recurso financeiro e orçamentário para construção de um ginásio poliesportivo e a contratação de um educador físico e nutricionista

A Matriz SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário, sendo usado como base para gestão e planejamento estratégico de uma instituição. Essa análise de cenário se divide em: a) ambiente interno (forças e fraquezas) e b) ambiente externo (oportunidades e ameaças). As forças e fraquezas são determinadas pela posição atual da instituição e se relacionam, quase sempre, a fatores internos. Já as oportunidades e ameaças são antecipações do futuro e estão relacionadas a fatores externos (HERRERO FILHO, 2005). Dito isso, observa-se

pela Matriz SWOT elaborada, que a equipe de saúde da família deve concentrar os esforços no controle das ameaças externas e dos fatores, que podem de algum modo inviabilizar o plano, como a resistência das cantinas escolares em não comercializar alimentos recomendados pelo Programa “merenda saudável”; a dificuldade de adesão do equipamento de comunicação social, ou seja, a falta de definição de horário pela emissora de rádio local prevista, para a realização da Campanha Educativa, o que pode atrasar ainda mais o início das atividades do Programa, ou ainda, inviabilizar a proposta; a falta de recursos financeiros e orçamentários, ou a sua não previsão, para a construção de um espaço para atividades físicas e contratação de recursos humanos. Para o êxito do plano de ações é necessário promover a articulação intersetorial no município uma vez que a equipe de saúde apresenta reduzida governabilidade política e econômica sobre algumas demandas sociais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Plano de Intervenção pretende contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada às pessoas com transtornos alimentares e nutricionais como o sobrepeso e a obesidade. Desse modo buscar-se-á implantar um novo processo de trabalho da equipe de saúde da família por meio da criação de estratégias pelas quais pode-se abordar os agravos e trazer resultados satisfatórios para toda comunidade, através de ações como: promover hábitos saudáveis de vida, incentivar a prática regular de atividades físicas, informar sobre os riscos à saúde.

É necessário ajudar as pessoas com sobrepeso e obesidade a buscarem um equilíbrio adequado entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando as mudanças possíveis, sem, no entanto, deixar que esses cuidados se tornem mais um fator de estresse no cotidiano da vida familiar e do trabalho. Criar projetos como: Mais Saúde, Saber Mais, Cuidar melhor e Viver melhor, que irão melhorar a estrutura do serviço para pacientes com sobrepeso e obesidade e aumentar o nível de informação sobre os riscos da obesidade são fundamentais para o enfrentamento dessa doença.

Enfim, é preciso estimular e preparar os profissionais de saúde e os Agentes Comunitários para aconselharem e apoiarem os usuários no processo de adoção de hábitos saudáveis de vida, incluindo a promoção do autocuidado orientado.

REFERÊNCIAS

ANSOFF, H.I.; McDONNELL, E. J. *Implementing Strategic Management*. Prentice-Hall, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Obesidade*. Brasília, DF: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a população brasileira*. Brasília, DF: MS, 2004.

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

COITINHO, D. C. et al. *Condições nutricionais da população Brasileira: adultos e idosos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991.

DUCHESNE, M. O consenso latino-americano em obesidade. *Rev. bras. ter. comport. Cogn.* São Paulo, v. 3, n.2, p. 19-24, 2011.

FAGUNDES, L. G. S. *Atendimento a pessoas com sobrepeso/obesidade em uma unidade de saúde da família: propostas de intervenção*. Belo Horizonte, 2011.

GAAL, L. F. V.; MAGGIONI, A. P. Overweight, obesity, and outcomes: fat mass and beyond. 2013. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 17 dez. 2013.

GIGANTE, D. P. et al. A Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saude Publica*, v. 31, n. 3, p. 236-46, 1997.

HERRERO FILHO, E. *Balanced Scorecard e a Gestão Estratégica: uma abordagem prática*. Reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LOLLIO, C. A; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo, 1987. *Rev Saude Publica*, v. 25, n. 1, p. 33-6, 1991.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* v. 43, n. 3, p. 186-94, 1999.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia teoria e prática*. Reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PERRONI, C. Obesos ativos versus magros sedentários: comportamento deve ser considerado. 2013. Disponível em: <<http://www.diabetenet.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=7791>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.* v.17, n.4, p. 523-533, 2004 .

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Série Saúde no Brasil* 4. 2011. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 17 dez. 2013.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.

SICHIERI, R. *Epidemiologia da obesidade*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1998.

_____. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 2000.