

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

SHEILA FRANCO DA SILVEIRA

Sobrepeso e Obesidade: uma realidade na ESF de Ipaba / MG

GOVERNADOR VALADARES - MG
2014

SHEILA FRANCO DA SILVEIRA

Sobrepeso e Obesidade: uma realidade na ESF de Ipaba / MG

GOVERNADOR VALADARES - MG

2014

SHEILA FRANCO DA SILVEIRA

Sobrepeso e Obesidade: uma realidade na ESF de Ipaba / MG

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Alisson Araújo

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade e pela força de cada dia, agradeço também ao companheirismo da minha sobrinha Doutora Náira Franco e minha cunhada Doutora Gerdiane, sem vocês eu não teria chegado até aqui. Gostaria também de agradecer a todos os profissionais que estiveram envolvidos nesta obra, dentre elas as tutoras Daniela Coelho Zazá e Ayla Norma Ferreira Matos.

Especial agradecimento aos meus pacientes e equipe da ESF Bela Vista no município de Ipaba, que de forma inesperada entraram em minha vida e hoje vem proporcionando grande enriquecimento profissional e muitos bons momentos.

*“Ainda que se perca tudo. E que não exista
nenhuma alternativa para melhorar.
Ainda que o sofrimento passe a ser uma
constante em nossas vidas. Ainda que a
cabeça se distorça num martelar doloroso de desesperança,
é preciso pensar e agir, ir em frente, cambaleante
sim, mas não caído, mesmo porque,
assim como a Glória, a dor também é passageira.”*

Antônio Zaidan

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para reduzir o número de obesos e portadores de sobrepeso na Estratégia Saúde da Família Bela Vista em Ipaba, Minas Gerais. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos de vida inadequados; nível de informação; referência e contrareferência e processo de trabalho inadequado da equipe de saúde. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação de projetos de promoção à saúde, com reuniões mensais de educação alimentar, grupos “de caminhada” e orientação sobre a importância da atividade física e a possibilidade de aumentar o número de vagas para a consulta com especialistas.

Palavras chave: obesidade, sobrepeso, hábitos de vida, atenção primária.

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop an action plan to reduce the number of obese and overweight in the Bela Vista Family Health Strategy (FHS) in Ipaba, Minas Gerais. In this study we selected the following critical node: inadequate lifestyle; information level; reference and counter-reference; and improper work process of FHS. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: designing of health promoting projects with monthly meetings in order to teach about nutrition education, “walking” groups and orientation about the importance of physical activity and the possibility of increasing the number of vacancies for consultation with experts.

Keywords: obesity, overweight, lifestyle, primary attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na ESF Bela Vista	18
Quadro 2	Descritores do problema “elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso”	19
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados	20
Quadro 4	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.	21
Quadro 5	Proposta de ação para motivação dos atores	22
Quadro 6	Elaboração do plano operativo	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Justificativa	12
1.2	Objetivo	12
1.3	Metodologia	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	Obesidade	14
2.2	Dados epidemiológicos da obesidade no Brasil	14
2.3	Complicações associadas à obesidade	15
2.4	Ações em Desenvolvimento	16
3	PLANO DE AÇÃO	18
3.1	Definição dos problemas	18
3.2	Priorização dos problemas	18
3.3	Descrição do problema selecionado	19
3.4	Explicação do problema	19
3.5	Seleção dos nós críticos	20
3.6	Desenho das operações	20
3.7	Identificação dos Recursos Críticos	21
3.8	Análise da Viabilidade do Plano	22
3.9	Elaboração do Plano Operativo	23
3.1	Gestão do Plano	23
0		
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O município de Ipaba localiza-se no leste de Minas Gerais, região conhecida como Vale do Aço. Encontra-se a 248 km da capital Belo Horizonte e 22 km de Ipatinga, cidade mais próxima. Possui uma extensão territorial de 111 km², uma concentração habitacional de 17 mil habitantes, sendo 15 mil habitantes na zona urbana e 2 mil na zona rural, totalizando o número de 4663 domicílios, sendo 4162 urbanos e 501 rurais. O município surgiu por volta de 1914 com a construção da estrada de ferro Vitória a Minas pelos irmãos Mafra e os Abrantes. O nome Ipaba provém da junção “Ipa” de Ipatinga e “BA” de Bacia do Rio Doce. Foi Elevado a categoria distrito de Caratinga em 8 de outubro de 1982 e municipalizou-se em 27 de abril de 1992.

Hoje, o município vem sendo administrado pelo prefeito Edmarques Gonçalves Teixeira. Possui um distrito (Vale Verde) e cinco povoados (Água limpa dos Vieira, Água Linda dos Antunes, Água Limpa dos Gonçalves, Boachá e Beija-Flor). A cidade vive basicamente da agricultura (milho, arroz, feijão) e da extração de madeira (eucalipto).

O município possui 98% de cobertura de saneamento básico com abastecimento de água tratada e rede de esgoto. Na área da Saúde, 99% dos usuários são dependentes do SUS. A maioria da população é carente, estando 5% abaixo da linha da pobreza e apresenta elevado índice de analfabetismo. O atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar são realizados na cidade vizinha de Ipatinga, devido à estrutura física ser preparada apenas para atendimento da atenção primária e secundária.

Para o atendimento da população está disponível um centro de saúde com atendimento 24 horas todos os dias da semana, localizado no centro da cidade e quatro postos de saúde que funcionam no horário de 07 às 17 horas de segunda a sexta-feira distribuídos pelos bairros, distritos e povoados. No município existem seis equipes de PSF, sendo uma equipe responsável pela zona rural (Boachá) e as outras cinco equipes (Bela Vista, São José, Vale Verde, Centro, Nossa das Graças) responsáveis pela zona urbana, totalizando 98 profissionais atuando na assistência a saúde.

Alguns programas estão em fase de estruturação, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Além disso, temos três equipes de saúde bucal.

Atuo na ESF do Bairro Bela Vista desde março de 2013. A ESF é composta por uma equipe de seis agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica. A equipe presta assistência a uma população de 3000 habitantes e está localizada no centro da cidade, atuando no primeiro andar do centro de saúde. A área física é composta por um consultório médico, uma sala de atendimento da enfermeira, uma sala de reunião, recepção e uma farmácia.

Minha unidade é composta por seis microáreas, cada uma com 500 habitantes, sendo cada agente responsável pela assistência de uma microárea. A unidade é equipada e conta com os recursos necessários. A população é carente e o índice de analfabetismo é alto, sendo em torno de 15%. Temos 100% de saneamento básico com água tratada e rede de esgoto, pois, estamos no centro da cidade. Temos uma relação harmoniosa, procurando prestar uma assistência de qualidade.

Eu e minha equipe realizamos um diagnóstico situacional da nossa área de abrangência com objetivo de identificar os principais problemas. Após a realização do diagnóstico situacional identificamos como principal problema o elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso. Além disso, foi possível verificar também que a maioria dessas pessoas desenvolveu patologias como hipertensão, diabetes, dislipidemia, problemas articulares entre outras.

Este fato me fez refletir sobre a necessidade de uma atuação sobre este quadro, pois a obesidade deixou de ser um problema estético e se tornou um problema de saúde pública.

Acredita-se que em 2030 haverá em todo o mundo 164 milhões de obesos. Associado a isso, haverá oito milhões de diabéticos, mais 6,8 milhões de doenças cardiovasculares, e mais de 0,5 milhões de cancerosos. Esta situação acarretará um custo adicional de 66 bilhões de dólares a cada ano (GONÇALVES, 2011).

Infelizmente, além do aumento da mortalidade a obesidade também eleva a taxa de morbidade e piora significativamente a qualidade de vida do indivíduo, pois, poderá desencadear várias complicações como hipertensão arterial, diabetes,

doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia, artrose, osteoporose, gota, apnéia do sono, câncer de intestino, depressão, etc.

1.1 Justificativa

A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos anos (LESSA *et al.*, 1998; SICHIERI, 1998).

No cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país. O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, não é favorável à saúde da população (CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição tem entre seus propósitos a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis, e neste contexto a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se grandes desafios (CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005). Este trabalho pretende subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica da rede SUS, incluindo a Estratégia de Saúde da Família, na atenção ao paciente obeso e com sobrepeso, com ênfase em mudanças de hábitos de vida. Um dos principais desafios é a abordagem integral e humanizada do paciente obeso e com sobrepeso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis.

1.2 Objetivo

Propor um plano de ação que visa reduzir o número de obesos e portadores de sobrepeso e conseqüentemente as suas complicações na ESF do bairro Bela Vista, no município de Ipaba.

1.3 Metodologia

Foi realizado, inicialmente, um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bela Vista, no município de Ipaba com o objetivo de identificar os principais problemas e traçar as ações a serem implementadas. Através do diagnóstico situacional foi selecionado como principal problema o elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso. Através dos dados obtidos pelo sistema de informação da atenção básica (SIAB) e cartões de controle dos pacientes foi feito um levantamento do número de pessoas obesas e com sobrepeso e portadores de complicações como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e outros.

Posteriormente à identificação do principal problema foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como PubMed, Bireme, Lilacs. Para tal pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: obesidade, sobrepeso, hábitos de vida saudáveis, atividade física, riscos e complicações da obesidade e sobrepeso e, atenção primária. Além disso, foram utilizados livros-texto de clínica Médica. Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação, executado pelo método de planejamento estratégico situacional (PES).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Obesidade

O avanço tecnológico observado nos últimos anos tem contribuído para a inatividade física, tornando o ser humano menos ativo fisicamente e aumentando, conseqüentemente, o risco à saúde. Com o aumento da inatividade física o ser humano está mais predisposto a doenças crônicas como hipertensão, diabetes e, sobretudo a obesidade. A obesidade pode ser definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de um balanço energético positivo (LESSA; MONTENEGRO, 2008).

Existem vários métodos que permitem estimar com precisão a quantidade total de gordura corporal, assim como sua distribuição. A quantidade de tecido adiposo pode ser medida precisamente por tomografia computadorizada ou ressonância magnética, e com precisão satisfatória através do método de bioimpedância (MANCINI, 2001). As medidas antropométricas também são muito utilizadas, tendo como vantagens a aplicabilidade em grandes grupos, rapidez, baixo custo operacional e ser um método não invasivo (DUMITH *et al.*, 2009; OLINTO *et al.*, 2006). Os mais utilizados são: índice de massa corporal (IMC), relação cintura-quadril (RCQ) e circunferência da cintura (CC) (DUMITH *et al.*, 2009; PITANGA; LESSA, 2006).

2.2 Dados epidemiológicos da obesidade no Brasil

A obesidade é considerada hoje uma doença crônica que atinge milhões de pessoas de diferentes faixas etárias em todo o mundo (SAMPAIO; FIGUEIREDO, 2005). A prevalência de obesidade em populações adultas vem crescendo não só em países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento (LESSA; MONTENEGRO, 2008).

A evolução nutricional da população brasileira revela, nas duas últimas décadas, mudanças em seu padrão. As tendências temporais da desnutrição e da obesidade definem uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país. Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição

em crianças e adultos em ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Em função da magnitude da obesidade e da velocidade da sua evolução em vários países do mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia.

A obesidade tem mais predominância em mulheres em todo o mundo. As prevalências de obesidade em adultos são maiores à medida que aumenta a idade. Entretanto, a partir dos 55 anos, entre os homens, e 65 anos, entre as mulheres, observa-se diminuição da prevalência deste agravo (TEICHMANN *et al.*, 2006).

Dados apresentados pela vigilância de fatores de risco e proteção contra doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2012) mostram que no conjunto da população adulta das 27 cidades investigadas, a frequência do excesso de peso foi de 48,5%. Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade. A maior frequência de excesso de peso, em homens, foi observada no estrato de maior escolaridade e, em mulheres, no estrato de menor escolaridade.

2.3 Complicações associadas à obesidade

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil é a principal causa de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade (BRASIL, 2006). A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social (BRASIL, 2006).

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e diabetes. Muitos estudos demonstram que obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, que indivíduos com peso adequado (FRANCISCHI *et al.*, 2000).

O diabetes e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado e, embora não haja uma associação absolutamente definida entre a obesidade e as doenças cardiovasculares, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a

apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicerídeos e colesterol (WAITZBERG, 2000).

O sobrepeso por si não tem efeito imediato no desenvolvimento de doenças crônicas, porém a história de excesso de peso pode contribuir para variações nos riscos à saúde. O excesso de peso resultante da combinação do baixo consumo de frutas, legumes e verduras, fonte de fibras e substâncias antioxidantes, alto consumo de gorduras saturadas, açúcares e álcool associado a pouca atividade física pode apresentar diferentes consequências em relação ao desenvolvimento de dislipidemias e doença coronariana, em virtude da predisposição genética (FRANCISCHI *et al.*, 2000). Embora indivíduos com excesso de peso possam apresentar níveis de colesterol mais elevados do que os eutróficos, a principal dislipidemia associada ao sobrepeso é caracterizada por elevações leves a moderadas dos triglicerídeos e diminuição do HDL colesterol (DUARTE *et al.*, 2005).

2.4 Ações em Desenvolvimento

Com objetivo de frear a obesidade e o sedentarismo e promover hábitos de vida mais saudáveis, o Ministério da Saúde prevê uma série de iniciativas no plano de ação para enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por meio de parcerias com o setor privado e outras pastas do governo. Lançado em agosto de 2011, o plano tem por meta reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura causada por DCNT até 2022 (BRASIL, 2013).

O Ministério investe também em ações preventivas para evitar a obesidade em crianças e adolescentes, como o Programa Saúde na Escola (PSE), que passa a atender creches e pré-escolas. Outra medida é a parceria do Ministério com a Federação Nacional de Escolas Particulares para distribuição de 18 mil Manuais das Cantinas Escolares Saudáveis como incentivo a lanches menos calóricos e mais nutritivos (BRASIL, 2013).

Para melhorar a dieta dos brasileiros e qualidade de vida, o Ministério da Saúde firmou um acordo com a indústria alimentícia que prevê a redução gradual do teor de sódio em 16 categorias de alimentos. A previsão é de que, até 2020, estejam fora das prateleiras mais de 20 mil toneladas de sódio (BRASIL, 2013).

A atenção básica de saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e

à prática regular da atividade física. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2013).

3 PLANO DE AÇÃO

3.1 Definição dos problemas

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bela Vista os seguintes problemas foram identificados: elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso, excesso de uso de benzodiazepínicos e antidepressivos, falta de treinamento da equipe para realização de um acolhimento humanizado, unidade fora da área de atuação, falta de sede própria da equipe, grande número de analfabetismo e falta de sala adequada para a realização de triagem.

3.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram classificados de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Bela Vista.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Sobrepeso e Obesidade	Alta	7	Parcial	1
Uso abusivo de antidepressivos e benzodiazepínicos	Alta	7	Parcial	2
Analfabetismo	Alta	5	Parcial	2
Acolhimento	Alta	7	Parcial	2
Falta de local adequado para realização da triagem	Alta	6	Parcial	2
Unidade fora da área de atuação	Alta	4	Fora	4
Falta de sede Própria	Alta	5	Fora	3

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.3 Descrição do problema selecionado

Constatou-se um elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso na área de abrangência da ESF Bela Vista. O quadro 2 apresenta os descritores do problema priorizado.

Quadro 2 - Descritores do problema “elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso”

Descritores	Sobrepeso	Obesidade	Fonte
15 a 20 anos	18	7	Registro da equipe
21 a 30 anos	20	12	Registro da equipe
31 a 40 anos	43	32	Registro da equipe
41 a 50	82	43	Registro da equipe
51 a 60	60	48	Registro da equipe
> 60 anos	45	27	Registro da equipe
Mulheres	156	107	Registro da equipe
Homens	112	62	Registro da equipe

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.4 Explicação do problema

A prevalência da obesidade tem crescido rapidamente e representa um dos principais desafios de saúde pública neste início de século (NISSEN *et al.*, 2012). Suas complicações incluem o diabetes mellitus tipo 2, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, apnéia do sono, problemas psicossociais, doenças ortopédicas e diversos tipos de câncer.

Estes problemas podem ser ligeiros ao início, porém, podem evoluir para condições mais graves e ser fatais. Ao realizar o diagnóstico situacional pude perceber que o número de pacientes com sobrepeso e obesidade era alarmante no município de Ipaba. Entre as principais causas pode estar o sedentarismo, a alimentação desequilibrada, entre outros. Além das complicações associadas à obesidade, a mesma pode influenciar negativamente no bem-estar emocional e na confiança do paciente. Diante deste fato vejo a real importância de atuar juntamente

com esta população para poder amenizar este quadro e prevenir futuras complicações.

3.5 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso.

- Hábitos de vida inadequados;
- Nível de informação;
- Referência e contrarreferência;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

3.6 Desenho das operações

Para solução dos nós críticos foram estabelecidas operações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF Bela Vista. O quadro 3 apresenta o desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos de vida inadequados	+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Diminuir 20 % do número de obesos no prazo de 1 ano	- Programa de caminhada orientada e campanha educativa	Organizacional: organizar as caminhadas Político: espaço para realização de reuniões de grupos, mobilização social e articulação intersetorial Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos
Nível de informação	+ Saber Aumentar o nível de informação	População mais informada sobre o risco e complicações da obesidade e	- Avaliação do nível de conhecimento da população sobre a	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação

		sobrepeso	obesidade - Capacitação dos ACS	pedagógicas
Referência e contrareferência	Cuidar melhor Mais acesso a especialistas	Maior acessibilidade dos pacientes a especialistas como nutricionistas e endocrinologistas	- Aumentar o número de consultas com especialistas - Realização de convênios e consórcios de saúde	Político: articulação intersetorial e aprovação de projetos Financeiro: financiamento do projeto Organizacional: adequação de fluxos, referências e contrareferência
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado	Linha do cuidado Implantar a linha do cuidado para sobrepeso e obesidade incluindo mecanismo de referência e contrareferência	Cobertura de 60% da população com risco de complicações da obesidade	- Recursos humanos capacitados - Formulação de protocolos - Implantação da linha de cuidado	Cognitivo: elaboração do projeto de linhas de cuidado e protocolos Político: articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.7 Identificação dos Recursos Críticos

No quadro 4 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 4 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
+ Saúde	Político – conseguir espaços para reuniões Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
+ Saber	Político – articulação intersetorial
Cuidar Melhor	Político – aumentar o recuso para maior oferta de exames e consultas especializadas
Linha de Cuidado	Político – articulação entre os setores assistências da saúde

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.8 Análise da viabilidade do plano

Considerando que nossa equipe não é a controladora de todos os recursos necessários, tornou-se necessário identificar os atores controladores e seu posicionamento diante do projeto. O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos atores

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Quem Controla	Motivação	
+ Saúde Modificar os hábitos de vida	Político - conseguir espaço para realizar as atividades e reuniões. Financeiro - aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social Secretaria de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
+ Saber Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da obesidade	Articulação com a secretaria de ação social e comunicação para realização de ações educativas em rádios	Secretaria de ação social Secretaria de comunicação	Favorável Favorável	Apresentar projetos de educação continuada
Cuidar Melhor Estruturar os serviços de saúde para melhor efetividade do cuidado	Político - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro – recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas com especialistas)	Prefeito municipal Secretário de Saúde Fundo nacional da saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho, melhorar a efetividade do cuidado	Político - articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.9 Elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Profissionais Envolvidos	Prazo
+Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Diminuir 20 % do número de obesos no prazo de 1 ano	Programa de caminhada orientada e campanha educativa com panfletos	Apresentar projeto de Apoio das associações	Fisioterapeuta (Davi) e Profissional de Educação Física (André)	6 meses para o início das atividades
+Saber Aumentar o nível de informação	População mais informada sobre o risco e complicações da obesidade e do sobrepeso	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre a obesidade Capacitação dos ACS		Dra. Sheila e Enfermeira (Roberta)	Apresentar o projeto em três meses 4 meses para o início das atividades
Cuidar Melhor	Maior acessibilidade dos pacientes a especialistas como nutricionistas e endocrinologistas	Aumentar o número de consultas com especialistas Realização de convênios e consórcios de saúde	Apresentar projeto aos gestores	Coordenadora (Rita) e secretária de saúde (Graciela)	4 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos
Linha do cuidado	Cobertura de 60% da população com risco de complicações da obesidade	Recursos humanos capacitados Formulação de protocolos		Dra. Sheila e Nutricionista (Ajaqueline)	Início em 2 meses e finalização em 10 meses

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.10 Gestão do plano

Para alcançar o objetivo deste trabalho que visa reduzir o número de obesos e portadores de sobrepeso e consequentemente as suas complicações na ESF do bairro Bela Vista no município de Ipaba, tracei um plano de ação, onde em um período de um ano será realizado um trabalho de atuação multiprofissional para

educação em saúde. Para colocar em prática, lancei mão de recursos pessoais, materiais e políticos. Após ter realizado o levantamento dos pacientes do estudo os distribuí em grupos, onde serão realizadas reuniões mensais de educação alimentar por uma equipe composta por médico, nutricionista e psicólogo. Para acompanhamento desses pacientes ocorrerá pesagem dos mesmos, aferição da pressão arterial e realização de glicemia capilar. Esses dados serão anotados no cartão de controle e comparados a cada encontro. Serão realizadas também caminhadas e orientação sobre a importância da atividade física, além de um folder de orientação alimentar para ser distribuído entre esses pacientes. Realizarei uma reunião com os gestores para saber sobre a possibilidade de aumentar o número de vagas para a consulta com especialistas e também se será possível providenciar um local onde serão realizadas atividades de ginástica. Como o resultado deste projeto não é imediato é necessário estabelecer um período de atuação, sendo assim, estabeleci um período de um ano para poder ter acesso ao real resultado deste estudo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após um extenso trabalho de pesquisa bibliográfica pode-se concluir que a obesidade é uma doença crônica, de extrema complexidade, sobretudo pelo seu caráter multifatorial. A obesidade deixou evidentemente de ser uma preocupação estética para se tornar num problema de saúde pública, sendo este, julgamos nós, um bom ponto de partida para uma pequena reflexão acerca da epidemiologia da obesidade. De fato, as estatísticas mostram-nos uma realidade bastante preocupante, que nos remete para a confirmação da expressão “epidemia global”. Ao desenvolver este trabalho percebi que a prevalência da obesidade no município onde trabalho pode estar intrinsecamente relacionada, acima de tudo, com questões econômicas, sociais e culturais. É, sobretudo, o nosso sistema de crenças e “modas” que atua neste crescimento alarmante, pois, somos bastante vulneráveis a uma rede publicitária persuasiva e comodista perante o nosso cotidiano, sem sequer refletirmos nos prejuízos que isso nos acarreta em longo prazo.

Acredita-se que o plano de ação aqui proposto tenha condições de realizar uma diminuição do número de pacientes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade, para que dessa forma ocorra uma redução do número de complicações da mesma.

A finalidade do plano de ação proposto é reduzir o número de obesos e portadores de sobrepeso, além de reduzir as complicações associadas em pacientes acompanhados na ESF do bairro Bela Vista, no município de Ipaba. Este objetivo será alcançado através de ações multiprofissionais, onde ocorrerá orientação alimentar, estímulo a atividade física, reunião de grupos, acesso a especialistas e outros.

REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S181-S191, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção Básica: **obesidade**. Brasília, 2006, 108p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012, 132 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **MS investe em ações para aumentar expectativa de vida**, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=160> acesso em 20/12/13.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 423-425, 1999.

DUARTE, A.C. *et al.* **Síndrome metabólica**: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.

DUMITH, S.C.; *et al.* Associação entre gordura corporal relativa e índice de massa corporal, circunferência da cintura, razão cintura-quadril e razão cintura-estatura em adultos jovens. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.14, n.3, p.174-181, 2009.

FRANCISCHI, R.P.P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n.1, p. 17-28, 2000.

GONÇALVES, J.V. **Obesidade**, 2011. Disponível em: <http://linhadiabetes.blogs.sapo.pt/2011/11/> acesso em 27/01/14.

LESSA, I. *et al.* **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

LESSA, S.S.; MONTENEGRO, A.C. Avaliação da prevalência de sobrepeso, do perfil nutricional e do nível de atividade física nos estudantes de medicina da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – UnCISAL. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. v.6, n.3, p.90-93, 2008.

MANCINI, M.C. Obstáculos Diagnósticos e Desafios Terapêuticos no Paciente Obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v 45, n. 6, p.584-608, 2001.

MENDONÇA, N. de O. **Saúde, obesidade e indústria cultural**: implicações para o surgimento da indústria do emagrecimento. Monografia (Graduação em Educação Física) – Eseffego, Goiânia, 2005.

NISSEN, L.P. *et al.* Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v.7, n.24, p.184-90, 2012.

OLINTO, M.T.A.; *et al.* Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1207-1215, 2006.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como discriminadores de risco coronariano elevado em mulheres. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v.8, n.1, p.14-21, 2006.

SAMPAIO, L.R.; FIGUEIREDO, V.C. Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. **Revista de Nutrição**, v.18, n.1, p.53-61, 2005.

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

TEICHMANN, L.; *et al.* Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.9, n.3, p.360-373, 2006.

WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.