

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família

Taisa Lorrane Fernandes

**OBESIDADE INFANTIL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE LASSANCE-
MINAS GERAIS**

Lassance

2022

Taisa Lorrane Fernandes

**OBESIDADE INFANTIL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE LASSANCE-
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete.

Lassance

2022

Taisa Lorrane Fernandes

**OBESIDADE INFANTIL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE LASSANCE-
MINAS GERAIS**

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.

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora- UFMG

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de setembro de 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO CURSO
ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Aos 21 dias do mês de outubro de 2022, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família - (CEESF) se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno TAÍSA LORRANE FERNANDES intitulado "OBESIDADE INFANTIL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE LASSANCE-MINAS GERAIS", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Estratégia Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE e Profa. Ma. MARIA DOLÓRES SOARES MADUREIRA. O TCC foi aprovado com a nota 93.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEESF no dia vinte um do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e dois e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 21 DE OUTUBRO DE 2022.


Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Coordenador do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.
Especialização em Estratégia Saúde da Família

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

À minha mãe Vanessa, familiares e amigos, que me incentivaram nos momentos difíceis. Ao meu namorado Luís Fernando por compreender minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos professores, pelos ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

E à minha orientadora Matilde por toda paciência e conhecimento repassado.

Minha gratidão a todos vocês.

RESUMO

Diversos estudos mostram o crescente número da população infantil escolar que está acima do peso ideal. Todavia, já se sabe que isto se tornou um problema de saúde pública e que apresenta caráter multifatorial. Em Lassance, Minas Gerais, localizada na macrorregião norte e microrregião de Pirapora, a obesidade e sobrepeso em crianças também é um problema detectado nos atendimentos de saúde e confirmado pelos dados do Programa Saúde na Escola (PSE). Ações feitas nas escolas do município identificaram, de acordo com Índice de Massa Corporal (IMC), que os escolares apresentavam peso maior que o ideal para a faixa etária, instigando a realização deste estudo. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção com ações educativas que visam à diminuição de índices de sobrepeso e obesidade infantil nos escolares do município de Lassance. Este plano teve origem no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da SciELO, no Google Acadêmico e publicações realizadas pelo Ministério da Saúde. Esperamos que as ações e projetos delineados alcancem seus objetivos, uma vez que a unidade de saúde e a escola têm papel fundamental ao modelar as atitudes e comportamentos das crianças sobre atividade física e nutrição. Deve-se dar atenção à prevenção com desenvolvimento de estratégias preventivas para todas as idades, tendo início preferencial na primeira infância.

Palavras-chave: Obesidade. Hábitos alimentares. Sedentarismo. Programa Saúde na Escola.

ABSTRACT

Several studies show the growing number of school children who are overweight. However, it is already known that this has become a public health problem and that it has a multifactorial character. In Lassance, Minas Gerais, located in the northern macro-region and Pirapora micro-region, obesity and overweight in children is also a problem detected in health care and confirmed by data from the School Health Program (PSE). Actions carried out in schools in the city identified, according to the Body Mass Index (BMI), that the students had a weight greater than the ideal for their age group, prompting the realization of this study. Thus, this study aimed to develop an intervention plan with educational actions aimed at reducing childhood overweight and obesity rates in schoolchildren in the municipality of Lassance. This plan originated in the Situational Strategic Planning and in bibliographic research carried out in the Virtual Health Library, in the SciELO databases, in Google Scholar and publications carried out by the Ministry of Health. We hope that the actions and projects outlined will reach their objectives, since the health unit and the school play a fundamental role in shaping children's attitudes and behaviors about physical activity and nutrition. Attention should be given to prevention with the development of preventive strategies for all ages, with a preferential start in early childhood.

Keywords: Obesity. Eating habits. Sedentary lifestyle. School Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Dados cadastrais de Lassance, 2021	21
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade atendida pelo Centro de Referência de Assistência Social- CRAS Acácias de Lassance, Minas Gerais, em 2021	24
Figura 1- Pirâmide de alimentos como instrumento para a educação nutricional, 2012	34
Quadro 3 - Número de porções diárias recomendadas, de acordo com a faixa etária, por grupo da Pirâmide Alimentar.	34
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “obesidade infantil” na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS Acácia, do município de Lassance, estado de Minas Gerais	41
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “obesidade infantil” na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS Acácia, do município de Lassance, estado de Minas Gerais.	42
Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “obesidade infantil” na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS Acácia, do município de Lassance, estado de Minas Gerais.	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CISMESF	Consortio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município de Lassance	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	18
1.4 A Equipe do CRAS	20
1.5 O funcionamento do CRAS	20
1.6 O dia a dia do CRAS	20
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	23
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	24
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 METODOLOGIA	28
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	29
5.1 Diagnóstico situacional da comunidade atendida pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Acácias de Lassance	29
5.2 Programa Saúde Na Escola (PSE)	30
5.3 Obesidade na infância e na adolescência	31
5.4 Hábitos alimentares	33
5.5 Inatividade física	36
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	38
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	38
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	39
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	40
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	4
REFERÊNCIAS	5

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Lassance

Historicamente, o município de Lassance, em 1847, “era um lugar onde tropeiros vindos de Montes Claros, Brasília, Pirapora e Coração de Jesus paravam para descansar. Foi nesta época que Liberato Nunes de Azevedo se estabeleceu na região, construindo um rancho”. Os anos foram se passando e várias famílias chegaram na região e foram se instalando (IBGE, 2021, s.p)

A construção da estrada de fero chegou até a região, estimulou seu crescimento e formou o povoado denominado de São Gonçalo das Tabocas. “Em 1908, com a inauguração da estação da Central, que recebeu o nome de Lassance em homenagem ao chefe de construção - o engenheiro Ernesto Antônio Lassance -, o povoado também passa a ter o nome do engenheiro”. Em 1923 tornou-se distrito de Pirapora, mas em 1953, torna-se município. (IBGE, 2021, s.p)

O município é mundialmente conhecido por ter sido o local onde Dr. Carlos Chagas identificou a Doença de Chagas e identificou o protozoário flagelado causador da infecção, *Tripanossoma Cruzi*. Carlos Chagas foi designado para cuidar dos trabalhadores da antiga Ferrovia Central do Brasil que estava sendo construída em Lassance, e identificou a doença em campo, em seu laboratório que havia sido estabelecido inicialmente dentro de um vagão (LASSANCE, 2021).

Lassance localiza-se na macrorregião Norte e microrregião de Pirapora, distante 263 km da capital do Estado e faz limite com os municípios de Várzea da Palma, Corinto, Três Marias, Buritizeiro, Buenópolis, Augusto de Lima, Joaquim Felício, Francisco Dumont. Conta com uma área territorial de 3.204.217 km². Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,629, e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 19.381,14 (IBGE, 2021).

De acordo com dados do censo de 2010, Lassance tem uma população estimada de 6.494 pessoas, para 2021, o que representa uma densidade demográfica de 2,02 habitantes/ km².

Esta baixa densidade demográfica é devido a grande extensão territorial do município, composto pela comunidade urbana e pelas comunidades rurais: Brejo, Tira-Barro, Onça, Santa Maria, João Martins, Morada Nova, Barreiro Fundo, Barro Branco, Bebe Água, Bebedouro, Boqueirão, Canabrava Escaramuça, Gameleira, Laranjeiras, Palmeiras, Resfriado e Salobro (IBGE, 2021).

O município vive basicamente da agricultura (café, fumo, mamão, mandioca, milho, banana, uva), cuja produção é em sua maior encaminhada para a Central de Abastecimento (CEASA) e, nos últimos anos, também cresceu muito a produção de cigarro artesanal. Existem áreas de reflorestamento com eucalipto para a produção de carvão vegetal e pecuária de corte, assim como empresas de agronegócio.

Como fonte empregadora do município pode-se mencionar a Prefeitura Municipal, as atividades rurais e os estabelecimentos comerciais, além do trabalho informal. Considera-se grande o número de desempregados e subempregados. Em 2019, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 17.8% (IBGE, 2021).

Na área da educação, o município possui oito escolas municipais e duas estaduais, sendo quatro no perímetro urbano e seis nas zonas rurais. Tem, ainda, nove de ensino fundamental e uma de ensino médio. Encontra-se em fase final de construção a creche pró infância, o que para uma cidade tão pequena é de grande valia, onde as mães que não podem trabalhar por conta dos filhos pequenos terão um lugar pra deixá-los enquanto buscam o sustento de todos os dias. Dados do IBGE (2021) apontam que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade no censo de 2010 era de 96,4 %. O índice de analfabetismo vem diminuindo com os cursos de alfabetização.

No que tange às questões ambientais, Lassance apresenta 3,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 81,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 1,1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2021).

Nas últimas administrações, a cidade tem recebido muito investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo, centros de fisioterapias, inclusive nas zonas rurais).

Existem algumas iniciativas de trabalho na comunidade por parte de Igrejas e Associações Comunitárias, contudo, esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural movimentando a região com suas festas tradicionais, sendo que dentre elas pode-se mencionar a Folias de Reis, a Festa de São Sebastião, o Carnaval, as Festas Juninas e o Forró da cidade, bem como ainda preserva suas festas religiosas.

Em relação à questão religiosa, o censo de 2010 aponta que 5.532 pessoas informaram ser católicos apostólicos romanos, 781 evangélicos e 20 espíritas (IBGE, 2021).

Na questão do turismo, Lassance conta com a Área de Proteção Ambiental da Serra do Cabral. A área conta com circuito turístico com várias cachoeiras e preserva exemplares de vegetação do cerrado. A região do município ainda abrange os rios São Francisco e das Velhas (LASSANCE, 2021).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde há algum tempo o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta com três Equipes de Saúde da Família (eSF): eSF Dr. Carlos Chagas Centro, eSF Nova Lassance e eSF Bela Vista, cobrindo 100% do município. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

A atenção primária do município de Lassance conta com a infraestrutura do Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes e de três Unidades Básicas de Saúde, cada uma com suas equipes completas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo: Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Carlos Chagas (no Centro da cidade), Unidade Básica de Saúde no Bairro Bela Vista, Unidade Básica de Saúde no Bairro Nova Lassance. Ademais, as comunidades rurais, tais como, Santa Maria, Brejo e Morada Nova também são contempladas com Postos de Saúde. Totaliza-se, portanto, 100% de cobertura populacional.

O atendimento odontológico é realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde e nas zonas rurais, sendo a equipe formada por cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnica de saúde bucal, atendendo urgência/demanda espontânea, por agendamentos, prevenção e promoção à saúde. Para os atendimentos de especialidades em odontologia,

como canal e extração de terceiro molar (dente siso) é realizado encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Várzea da Palma, referência da região.

Para apoiar as equipes de Saúde da Família, tem-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com atuação dos profissionais de educação física, nutrição, fisioterapia e psicologia.

No que se refere à média complexidade, são ofertados no município os atendimentos de ortopedia, dermatologia, ginecologia no Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes. As demais especialidades são referenciadas para o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) localizado no município de Pirapora, com atendimento de 10 especialidades sendo urologia, ginecologia, obstetrícia, angiologia, nefrologia, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, pediatria e mastologia. Ainda, de acordo com a Programação Pactuada Integrada, o município tem cota programada para os municípios de Belo Horizonte, Curvelo, Montes Claros e Várzea da Palma.

Importante destacar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1, que conta com equipe multiprofissional e médico psiquiatra.

No município tem, ainda, o Centro de Reabilitação Física, com uma sede no centro da cidade, uma na comunidade do Brejo e uma na comunidade de Santa Maria. A assistência fisioterapêutica é realizada por quatro profissionais, principalmente nas áreas de Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, Pediatria, Angiologia, Oncologia e Uroginecologia, incluindo atendimento domiciliar. O setor também é responsável pelo encaminhamento de pacientes ao Centro de Órtese e Prótese em Montes Claros, onde os mesmos recebem, de acordo com sua necessidade, próteses e meios auxiliares de locomoção, como andadores e cadeiras de rodas.

Os atendimentos de urgência e emergência são feitos no Centro de Saúde, que possui atendimento contínuo 24h/dia e plantão que inclui sábados, domingos e feriados. Para os casos que necessitam de encaminhamento, por não contar com instituição hospitalar, tem-se o referenciamento principalmente para os municípios vizinhos de Várzea da Palma (Hospital Ataíde Correa), Pirapora (Hospital Moises Magalhaes Freire) e Montes Claros (Hospital Dílson Godinho).

No que se refere ao serviço de apoio diagnóstico, conta com o laboratório municipal onde são realizados exames, além dos dois laboratórios conveniados do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF). No próprio município também tem o serviço de Raio X e eletrocardiograma.

A assistência farmacêutica é realizada de forma centralizada na sede da Farmácia de Minas, que conta com farmacêutico, técnico e responsável pelo atendimento e dispensação de medicamentos, sendo em média 70 atendimentos por dia.

Para os medicamentos de componente especializado da assistência farmacêutica (os de alto custo), são preenchidos processos pelo médico, montados pela farmacêutica municipal e enviados para a Regional de Saúde. Utiliza-se a Relação Nacional de Medicamentos RENAME e Relação Municipal de Medicamentos REMUME (BRASIL, 2020).

No que se refere ao sistema de informação em saúde, o município possui sistema próprio em fase de implantação que é o sistema de informatização VIVVER (prontuário eletrônico) onde estão sendo informatizados todos os serviços da rede de saúde.

No quesito transporte em saúde, o município dispõe de setor e frota de veículos para transportar os pacientes para atendimentos fora do domicílio.

Por não possuir serviço hospitalar, os pacientes são encaminhados para o município de Várzea da Palma que faz o cadastro no sistema SUSfácil, ficando o município com acesso ao sistema somente para fazer busca e acompanhamento.

A emissão do cartão de identificação do usuário do SUS é centralizada na Secretaria Municipal de Saúde, com um servidor de referência para tal.

Especificamente sobre a organização dos pontos de atenção, quando o paciente é encaminhado pela atenção primária à atenção secundária, este processo ocorre via relatório médico de encaminhamento, e o paciente busca junto à Secretaria Municipal o atendimento, que pode se dar no próprio município (no caso de algumas poucas especialidades) ou em municípios vizinhos, como o CEAE de Pirapora, o CAPS Infantil e o Centro Mais Vida em Montes Claros, via Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Para os casos de urgência/emergência o primeiro atendimento é realizado no Centro de Saúde (Policlínica). Quando o paciente que não obtém resolutividade nos serviços

ofertados, existe um fluxo definido para seu deslocamento para a cidade de Várzea da Palma, e lá, dependendo do quadro clínico, será encaminhado para outro município que ofereça a especialidade que ele necessita.

Em se tratando da contrarreferência, o paciente geralmente retorna ao município com a guia de atendimento e o plano de cuidado, sendo orientado a procurar a Unidade Básica de Saúde para continuidade do acompanhamento.

De forma geral pode-se considerar que o sistema de saúde, apesar de tentar se constituir em rede integrada, ainda se encontra incipiente, com vários aspectos que precisam ser trabalhados para funcionamento coerente em rede de atenção à saúde. Ademais, predomina-se o modelo de atenção às condições agudas.

1.3 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) foi inaugurado há cerca de 12 anos e é a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade.

A partir do adequado conhecimento do território, o CRAS promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas. Assim, possibilita o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social, tornando-se uma referência para a população local e para os serviços setoriais.

Conhecendo o território, a equipe do CRAS pode apoiar ações comunitárias, por meio de palestras, campanhas e eventos, atuando junto à comunidade na construção de soluções para o enfrentamento de problemas comuns.

Seguindo as orientações da Tipificação Nacional dos Serviços Sócioassistenciais o CRAS de Lassance oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).

O PAIF é o principal serviço da proteção social básica que desenvolve o trabalho social com famílias. Foi reconhecido pelo governo federal como um serviço continuado de proteção básica (Decreto nº 5.085/2004), passando a integrar a rede de serviços

socioassistenciais (BRASIL, 2004). Os cidadãos também são orientados sobre os benefícios assistenciais e podem ser inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Atende famílias e indivíduos em situação de desproteção, pessoas com deficiência, idosos, crianças retiradas do trabalho infantil, pessoas inseridas no Cadastro Único, beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

O SCFV é um serviço da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF). Tem o objetivo de prevenir a ocorrência de situações de risco social. Dentro do SCFV têm-se os grupos: Casa do Brincar que atende crianças de 04 até 06 anos, Mundo Feliz atende crianças de 07 aos 11 anos e o grupo Viver Melhor que atende adolescentes de 12 anos até 21 anos. Tem-se, ainda, o Grupo Melhor Idade para idosos e os grupos Educação pelo Tambor, Capoeira Arte e Convivência Saudável Zumba que atende todas as faixas etárias de idade a partir dos 08 anos. Estes últimos grupos são considerados grupos intergeracionais por abraçarem na sua execução uma variedade de faixa etária desde crianças a idosos.

O Programa Criança Feliz, lançado pelo Governo Federal em 2016 (incluir nas referências), foi implantado no Município de Lassance em junho de 2020 com previsão de atendimento de 100 famílias e tem em vista promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância e considera sua família e seu contexto de vida. Ele fortalece a trajetória brasileira de enfrentamento da pobreza com redução de vulnerabilidades e desigualdades e potencializa a integração do acesso a renda com inclusão em serviços e programas. Tem por objetivo promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância; apoiar gestantes e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até 06 anos de idade; mediar o acesso da gestante, de crianças primeira infância e de suas famílias às políticas e serviços públicos que necessitem.

Seu público alvo prioriza crianças e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social; gestantes, crianças de até 03 anos e suas famílias beneficiárias do Programa Bolsa

Família; crianças de anos e suas famílias beneficiárias do benefício de Prestação Continuada (BPC) e crianças de até 06 anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção e suas famílias.

1.4 A Equipe do CRAS

A equipe do CRAS é composta por uma Coordenadora, duas equipes técnicas sendo uma que atende a comunidade urbana e outra que atende a zona rural (ambas equipes são formadas por uma Psicóloga e uma Assistente Social), uma recepcionista, duas Orientadoras Sociais (do SCVF). Para o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) conta com uma gestora e uma digitadora e no Criança Feliz com uma coordenadora e três visitadoras, e uma profissional de serviços gerais.

1.5 O funcionamento do CRAS

O CRAS Acácias de Lassance tem a capacidade de referenciamento para até 2.500 famílias. Configura-se, então, como Pequeno Porte I e tem sua sede própria situada na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 184 - Centro. Funciona das 7:00hs às 16:00hs com intervalo de 12:00 às 13:00hs para almoço, de segunda à sexta-feira.

A sede conta com uma recepção, duas salas para as equipes técnicas, uma para coordenação, uma para o cadastro único e uma para o Programa Criança Feliz; dois banheiros, sendo um para funcionários e um para os usuários adaptado para deficientes físicos e uma cozinha. Tem também rampa de acesso e um rol de entrada. Uma das dificuldades que os profissionais encontram é a falta de uma sala para reuniões.

1.6 O dia a dia da equipe do CRAS

No CRAS funciona opcionalmente o setor do Cadastro Único e cerca de dois anos o município aderiu ao programa do Governo Federal “Criança Feliz” e que também funciona opcionalmente nas instalações do CRAS.

O cadastro único é a base de dados do Governo Federal onde estão registradas as informações socioeconômicas das famílias de baixa renda domiciliadas no território

brasileiro, que são aquelas que possuem renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. O Governo Federal utiliza os dados do CadÚnico para conceder benefícios e serviços de programas sociais, como: Tarifa Social de energia elétrica, Benefício de Prestação Continuada – BPC, Programa Bolsa Família, entre outros.

Os dados do CadÚnico são utilizados para mapeamento das vulnerabilidades locais, o planejamento das ações e a seleção dos beneficiários dos programas sociais geridos pelo município. Importante ressaltar que são esses dados que norteiam o planejamento e o acompanhamento das famílias pelo CRAS.

De acordo com o Ministério da Cidadania – Secretaria Nacional de Renda e Cidadania, o município de Lassance apresenta hoje os seguintes dados cadastrais apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Dados cadastrais de Lassance, 2021

Descrição	Dados
Famílias inseridas no CadÚnico	1.726
Famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família – PBF até (10/2021)	843
Porcentagem da população beneficiada pelo PBF	30,07%
Valor médio do benefício por família	R\$121,22
Famílias com Cadastro Atualizado nos últimos dois anos	1.191
Família com renda de até 1/2 salário mínimo	1.396
Famílias com renda de até ½ salário mínimo com cadastro atualizado em 2021	999
Famílias Quilombolas	84
Famílias beneficiárias com BPC Deficiente	99
Famílias beneficiárias com BPC Idoso	68

Fonte: (BRASIL, 2021)

A partir dos dados podem-se extrair também famílias identificadas ou autodeclaradas como: família cigana, família extrativista, família de pescadores artesanais, família pertencente a comunidades de terreiro, família ribeirinha, família de agricultores familiares, família assentada da reforma agrária, família beneficiária do Programa Nacional de Crédito Fundiário, família acampada, família atingida por empreendimentos de infraestrutura, família de presos do sistema carcerário e família de catadores de material reciclado.

Por meio do trabalho das equipes do CRAS, pretende-se realizar atualização cadastral para o próximo ano com o intuito de identificar essas famílias, uma vez que já foi observado possuir no município famílias não declaradas, mas com perfil de família de pescadores artesanais, família ribeirinha, família de agricultores familiares, família de presos do sistema carcerário e família de catadores de material reciclado.

Dentre todas as funções ofertadas pelo CRAS estão:

- Acolhida;
- Visitas domiciliares realizadas pela equipe técnica de referência;
- Acompanhamento de BPC;
- Busca ativa de famílias em descumprimento das condicionalidades do PBF;
- Acompanhamento sociofamiliar;
- Busca ativa das famílias em acompanhamento;
- Planejamento e implementação do PAIF;
- Atendimentos individuais;
- Desenvolvimento de atividades coletivas e comunitárias nos territórios;
- Apoio técnico continuado aos profissionais responsáveis do SCFV;
- Realizações de encaminhamentos a rede socioassistencial e para os serviços setoriais;
- Elaboração de Laudos, Relatórios e Pareceres;
- Participação de reuniões sistemáticas para planejamento das ações a serem desenvolvidas;

- Acompanhamento e solicitações de benefícios eventuais;
- Vigilância Socioassistencial;
- Demandas do Judiciário.

Para planejamento e avaliação das ações realiza-se o Planejamento Anual das ações do CRAS, PAIF, SCFV, Programa Criança Feliz e CadÚnico. Neste, selecionamos as datas comemorativas mais relevantes e com melhor sinergia com as ações de prevenção de situações de vulnerabilidade, risco e violação de direitos.

Mensalmente as equipes retomam o planejamento, com foco nas atividades a serem realizadas durante o mês. Nesta são direcionadas as intervenções a serem adotadas, as responsabilidades de cada serviço, as parcerias que podem ser celebradas e a efetiva execução das ações.

Quinzenalmente, as equipes técnicas se reúnem com a Coordenação do Serviço, a técnica responsável pela Média Complexidade e o Gestor Municipal, onde discutem os atendimentos dos casos mais agravados do Serviço e as condutas que cabem a cada um para a resolução do problema.

Quando necessário a equipe também planeja e executa estudo de caso, reuniões e campanhas em parceria com outros serviços de demais secretarias, seja saúde, educação, cultura e outras.

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

A Estimativa Rápida além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produz informações que permitem conhecer as causas e as consequências do problema (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Como já vimos, diagnosticar é compreender o processo de causação de um problema. Quando falamos de um problema, não estamos nos referindo a um problema isolado, mas todos os problemas relacionados com ele, ou seja, suas causas e suas consequências.

Assim, por meio do Método de Estimativa Rápida, foram identificados os principais problemas de saúde do território de atuação, a saber:

- Obesidade infantil;
- Alto índice de jovens grávidas;
- Alto índice de infartos;
- Alto índice de diabetes.

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

Após a determinação dos principais problemas, identificados por meio do diagnóstico situacional, utilizou-se uma planilha para classificá-los conforme importância, urgência e capacidade de enfrentamento (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Para cada um dos itens de classificação foi dada uma nota e ao final, diante da análise dos resultados identificou-se como problema prioritário e que necessita de intervenção a “Obesidade Infantil”.

O Quadro a seguir apresenta a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade atendida pelo Centro de Referência de Assistência Social- CRAS Acácia de Lassance, Minas Gerais, em 2021

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Obesidade infantil	Alta	9	Parcial	1
Alto índice de infartos	Alta	8	Parcial	2
Alto índice de diabetes	Alta	9	Parcial	3
Alto índice de jovens grávidas	Média	4	Parcial	4

Fonte: Autoria própria (2021)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Associação Brasileira Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016), a etiologia da obesidade é multifatorial, portanto, complexa, e procedente da interrelação de diversos fatores como genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais.

O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade. A diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica são fatores determinantes ambientais mais fortes. Há um aumento significativo da prevalência da obesidade em diversas populações do mundo, incluindo o Brasil (ABESO, 2016, p. 33).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Estima-se que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade. Destaca-se que o número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nesse sentido, há grande necessidade e importância sobre o estudo da obesidade infantil, onde crianças até 12 anos estão desenvolvendo doenças de adultos. Sabemos que existem várias ações de promoção e prevenção à obesidade infantil até no próprio município como no país inteiro, mas há contradições quando lemos notícias e estudos que mostram os índices cada vez mais altos.

A intervenção adequada de um profissional de saúde é de extrema importância para os pais entenderem o que está acontecendo com seu filho e qual deve ser o trabalho realizado para reverter essa situação.

Compreende-se que o Programa Saúde na Escola (PSE) possibilita ações educativas que possam amenizar problemas de saúde nas crianças e adolescentes. Contudo, o PSE encontra muitas dificuldades na realização de suas ações, pois há poucos profissionais para realização das ações como: pesagens, antropometria, consumo alimentar e conferência de cartão de vacinas e vacinação.

As agendas dos profissionais trabalhadores da ESF, por serem super lotadas, prejudicam as ações que não compreendem um tempo maior para serem mais aproveitadas e acabam passando por despercebidos vários índices e comportamentos inapropriados. Até a própria conversa com os pais na hora do atendimento não pode

ser prolongada e bem explicativa por causa do pouco tempo disponibilizado pelos profissionais. Ademais, há demanda grande de alunos e crianças e até mesmo o ruim acesso às outras comunidades rurais que possuem escolas no município são prejudiciais ao desenvolvimento de ações de qualidade.

A proposta desta intervenção visa à prevenção e promoção da saúde dos escolares para melhorar sua qualidade de vida e, assim, gerar mais confiabilidade por parte dos pais e escolas aos profissionais de saúde responsáveis pelas ações desenvolvidas. Sabe-se que um trabalho bem desenvolvido agrega adesão dos participantes e evitará futuros problemas para esse público alvo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com ações educativas que visam à diminuição de índices de sobrepeso e obesidade infantil nos escolares do município de Lassance.

3.2 Objetivos específicos

Orientar os familiares sobre a importância de se ter bons hábitos alimentares e como isso impacta na vida de seus filhos;

Propor cardápio balanceado para merenda escolar;

Criar vínculo escola-pais;

Criar vínculo escola escola-PSF.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção aqui apresentado apresenta ações que visam amenizar e, quem sabe diminuir, substancialmente, o índice de obesidade nas crianças escolares de Lassance. Busca-se, assim, educar para mudança de hábitos alimentares prejudiciais à saúde com impactos positivos a curto, médio e longo prazo. Dessa forma, foram identificados, por meio do diagnóstico situacional, os problemas principais relacionados à comunidade e ao território.

O plano seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional propostos por Faria, Campos e Santos (2018). Elegeu-se, dentre os problemas levantados, o que se considerou prioritário neste momento: obesidade infantil.

Para a fundamentação teórica do plano de intervenção foi realizada revisão bibliográfica em artigos nacionais através de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no Google Acadêmico com os descritores: obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares e Programa Saúde na Escola. Foram ainda consultadas as publicações realizadas pelo Ministério da Saúde. Foram incluídos artigos publicados entre o ano de 2015 a 2021, escritos em língua portuguesa.

Vale ressaltar que, para o bom desenvolvimento do plano de intervenção outros profissionais de setores diferentes devem estar envolvidos no planejamento, uma vez que pode se precisar do auxílio dos mesmos para boa execução das ações.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diagnóstico situacional da comunidade atendida pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Acácias de Lassance

O diagnóstico situacional é considerado uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, bem como permite conhecer como é a organização dos serviços de saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Neste contexto, a utilização do diagnóstico situacional pode ser vista como uma ferramenta de gestão para saúde coletiva, já que permite a organização de trabalho, a partir do levantamento de problemas e necessidades, de forma a alcançar o planejamento estratégico.

O diagnóstico situacional aqui apresentado, justifica-se então pela necessidade do (re)conhecimento do contexto organizacional gerencial e de pessoas envolvidas, desta forma, possibilitando a adequação das atividades, dos recursos e a implementação do planejamento das ações em saúde (QUEIROZ; VALENTE, 2019, p.2)

Ao realizar o diagnóstico situacional, em Lassance, foi possível identificar as características dos escolares, bem como os diversos tipos de lanche que os alunos trazem de casa. Detectou-se, também, certa resistência de alguns escolares em comerem a merenda ofertada na escola, principalmente daqueles que trazem lanches de casa. Já outros merendavam e tinham como sobremesa frutas.

Como Nutricionista percebo, no âmbito escolar, a falta de interesse por parte das serventes escolares no incentivo ao aluno pra que consuma a merenda que é servida na escola, considerada mais equilibrada nutricionalmente, o que prejudica e muito o trabalho que é feito pelos nutricionistas do PNAE, pois seria um complemento às ações que são aí desenvolvidas.

5.2 Programa Saúde Na Escola (PSE)

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, ações preventivas e de educação para a saúde, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo (BRASIL, 2009, p.12).

Segundo os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2011, p. 5)

As práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos –, produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva. Desse modo, dimensionando a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos em práticas cotidianas, é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade e que devem ser compreendidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) em suas estratégias de cuidado.

O Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial n.º 6.286. Foi idealizado, originariamente, como um programa com diretrizes promotoras de ações capazes de diminuir as vulnerabilidades vividas pelos educandos e, assim, impulsionassem o processo de ensino e de aprendizagem (BRASIL, 2007).

“Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ser o ponto de partida” para prevenção da obesidade infantil (BRASIL, 2011, p.6).

É preciso desenvolver em cada um a capacidade de incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de saúde e de educação devem assumir uma atitude permanente de emponderamento aos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos escolares, professores e funcionários das escolas (BRASIL, 2011, p. 6-7).

Para que as ações do PSE sejam implementadas e cumpridas deve-se observar a formação inicial e continuada dos profissionais da área de saúde e educação. O programa prevê a responsabilidade dos ministérios em subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE (BRASIL, 2011).

O alcance dos objetivos pelo PSE se concretizará na vigência da prática diária da intersetorialidade nos campos da gestão e do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde (BRASIL, 2011, p. 15).

Na sua dissertação de mestrado, Andrade (2015) averiguou a formação das redes dentro do PSE e, a partir disso, definiu três tipos de redes a serem estudadas: redes setoriais públicas, redes regionais e intersetoriais

[...]. As primeiras são definidas como - aquelas que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc., que são à base da organização setorial dentro dos órgãos governamentais. **As redes regionais** são compreendidas como as redes constituídas pela articulação entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região; e **as redes intersetoriais** são as que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente. **Essas duas últimas são as quais precisam ser construídas a partir do Programa Saúde na Escola** (ANDRADE, 2015, p. 31-32, grifo nosso).

Cabe-nos, portanto, enquanto profissionais da saúde e educação, articular as redes regionais e intersetoriais para que implementem ações positivas e resolutivas e o PSE tenha, de fato, seus objetivos cumpridos e sua população escolar com melhor qualidade de vida.

Reconhece-se que a inserção da ESF na escola, se organizada de maneira coletiva entre saúde e educação, incluindo os pais e responsáveis, envolvimento dos educandos, aumenta o compromisso da comunidade escolar com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais e o risco de danos à saúde (BRASIL, 2011).

5.3 Obesidade na infância e na adolescência

A obesidade é caracterizada por um excesso de massa corporal, é estabelecida como uma doença onde o corpo acumula gorduras de modo que pode ser considerada crônica, gerando prejuízos à saúde (MIRANDA *et al.*, 2015). Estudos comprovam que o excesso de peso tem aumentado com o decorrer dos anos principalmente em crianças e adolescentes. Este agravante tem se espalhado em todas as classes sociais (MIRANDA *et al.*, 2015).

A obesidade tem sido um problema de saúde pública e vários estudos comprovam que crianças na idade escolar estão em destaque por ter um índice maior de massa

corporal e, por estarem em fase de desenvolvimento alguns não praticam atividades físicas como brincar, correr, saltar (TESTA; POETA; DUARTE, 2017).

Junto à obesidade outras patologias associadas ao excesso de peso podem surgir, como diabetes mellitus, problemas respiratórios, HAS, dislipidemias ao longo dos anos passando pela adolescência até a fase adulta no qual se aumenta o risco de problemas cardiovasculares (CORRÊA *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde também disponibiliza, como método para avaliação em nível populacional, o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por ser de fácil mensuração, não ser invasivo e de baixo custo para se calcular obesidade (BRASIL, 2014). A fórmula para o cálculo do IMC é: peso (em kg) dividido pela altura² (em metros).

Araújo *et al.* (2017) descrevem, a partir de pesquisa bibliográfica, que os estudos identificados mostraram que escolares ampliaram conhecimentos e mudaram comportamento alimentar, com escolhas saudáveis de alimentos e, assim, obtiveram resultados positivos no estado nutricional. Ressalta-se que os estudos mostraram que a dedicação dos professores nas intervenções com atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) são essenciais.

E, ainda, segundo Araújo *et al.* (2017, p.94), “O ambiente escolar apresenta grande potencial para a realização de ações educativas, sobretudo de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para a prevenção e controle do sobrepeso e obesidade.

Os pais, a família, assim como as instituições de educação têm um papel importante na promoção da alimentação saudável, pois são estes que determinam os alimentos que serão oferecidos, estabelecendo limites em relação aos alimentos inadequados, tais como refrigerantes, balas, doces, guloseimas, frituras e alimentos gordurosos, visando à proteção à saúde e à prevenção do excesso de peso. Na infância, devem ser estimulados o consumo diário de arroz, feijão, frutas, legumes e verduras, incluindo os folhosos, laticínios e carnes magras (BRASIL, 2014, p.43-44).

E, nesse ciclo de parcerias e ações educativas, “a educação nutricional deve envolver pais, professores, **nutricionistas**, manipuladores de alimentos (merendeiras) e cantineiros, visto que todos os profissionais são responsáveis por incentivar as crianças a adquirirem, desde cedo, hábitos alimentares saudáveis”. Haverá, por conseguinte, desde tenra idade, a prevenção de problemas relativos à alimentação (BRASIL, 2014, p.44. grifo nosso).

Estudos recentes de Corrêa *et al.* (2020) demonstram a alta incidência de crianças com sobrepeso e obesidade, inclusive em criança de um mês a 11 anos de idade, “independente do sexo e nível socioeconômico”. Estes dados podem aumentar ainda mais devido às mudanças do padrão alimentar dos brasileiros.

“Os estudos apontam que o padrão alimentar das crianças brasileiras está inadequado, caracterizado pelo consumo de altos níveis de alimentos processados de fácil consumo” (CORRÊA *et al.*, 2020, p.182).

Em se tratando de adolescentes, o Ministério da Saúde recomenda que a alimentação saudável deve incluir nutrientes apropriados tanto ao crescimento quanto às mudanças corporais que acontecem nessa fase da vida, uma vez que o crescimento e o desenvolvimento da maturação sexual são mais velozes. Portanto, ao se avaliar um adolescente deve-se atentar para o diagnóstico antropométrico e a avaliação do grau de maturação sexual. Ambos se relacionam às necessidades nutricionais para que o crescimento e o desenvolvimento ocorram sem danos para ele.

5.4 Hábitos alimentares

O padrão alimentar ao longo dos anos vem apresentando mudanças consideráveis, sendo que cada vez mais as pessoas têm trocado alimentos saudáveis por alimentos cada vez mais industrializados, cheios de conservantes e com excessos de gorduras.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012), através do Departamento de Nutrologia, lançou uma pirâmide alimentar e as tabelas que explicam a quantidade necessária de uma alimentação balanceada, auxiliando no entendimento dos alimentos que devem ser mais utilizados para crianças acima de 6 meses de idade, como demonstrado logo abaixo na figura 1 e quadro 3.

Figura 1- Pirâmide de alimentos como instrumento para a educação nutricional, 2012



Fonte (SBP, 2012, p. 98)

Quadro 3: Número de porções diárias recomendadas, de acordo com a faixa etária, por grupo da Pirâmide Alimentar.

Nível Pirâmide	Grupo Alimentar	Idade 6 a 11 meses	Idade 1 a 3 anos	Idade pré-escolar e escolar	Adolescentes e adultos
1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	3	5	5	5 a 9
2	Verduras e legumes	3	3	3	4 a 5
	Frutas	3	4	3	4 a 5
3	Leites, queijos e iogurtes	Leite materno*	3	3	3
	Carnes e ovos	2	2	2	1 a 2
	Feijões	1	1	1	1
4	Óleos e gorduras	2	2	1	1 a 2
	Açúcar e doces	0	1	1	1 a 2

Fonte: (SBP, 2012, p. 98)

Pais, educadores e profissionais da saúde devem se preocupar e oferecer orientações precisas relativas aos alimentos e porções que deverão ser ingeridas pelas crianças e adolescentes. A SBP (2012, p.51) destaca os “transtornos alimentares, que já podem aparecer nessa fase. Se por um lado há a preocupação da comunidade científica e dos próprios pais com o desenvolvimento da obesidade”, há, em paralelo, preocupação com

a ocorrência de bulimia e anorexia, como consequentes às orientações mal conduzidas ou preocupação em demasia com ganho de peso das crianças.

Destaca-se, no momento, o que nutricionistas acreditam a respeito de atividades educativas na rede pública municipal de saúde. Trata-se de resultados de pesquisa qualitativa cujos participantes foram nove nutricionistas que responderam à entrevista semiestruturada e foram observadas no seu trabalho. Os resultados apresentam que diversas estratégias são utilizadas para o processo educativo. Há uso de alimentos para educar sobre a quantidade de porções, a importância de se fazer a leitura dos rótulos de alimentos. São práticas baseadas na demonstração e simulação para reforço da aprendizagem (VIEIRA; MATIAS; QUEIROZ, 2021).

Vieira, Matias e Queiroz (2021, p.461) relatam que as nutricionistas “prezam o envolvimento dos usuários nas ações educativas, estimulam a participação de forma mais ativa para que haja o compartilhamento e a troca de saberes e experiências, atuando como facilitador da comunicação entre os participantes”.

Ainda estas autoras dizem que as nutricionistas compreendem a educação em saúde como um processo dialógico. E que acreditam em atividades ativas superadoras do modelo tecnicista. Exercitam a escuta qualificada e valorizam as experiências trazidas pelos participantes das ações educativas, compartilham informações e constroem juntos os novos saberes. Dessa forma, acontecem mudanças conscientes de hábitos e transformação da realidade de cada um (VIEIRA; MATIAS; QUEIROZ, 2021).

Expresso minha concordância com o dito por Vieira, Matias e Queiroz (2021, p.462): [...] “se o profissional compactuar com uma perspectiva dialógica de educação em saúde, explorará os conteúdos se atentando às técnicas e preocupar-se-á, também, com os efeitos resultantes dos processos empregados na educação em saúde do seu público alvo”.

Acredito, sim, que é possível, mesmo diante de poucos recursos materiais, fazer a diferença *com e para* crianças obesas ou com sobrepeso. Criar espaços para que verbalizem suas crenças, informações, tipos de alimentos que comem diariamente, seus gostos, lazer, autoestima, relações familiares, de amigos, na e fora da escola ou outro espaço educativo. Fazer das informações apresentadas a matéria de se trabalhar

hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas, dentre outros. Que os participantes sejam protagonistas da educação e eu facilitadora deste processo.

5.5 Inatividade física

De acordo com Godinho *et al.* (2019), os principais fatores para o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade entre crianças estão relacionados principalmente à alimentação inadequada, inatividade física, equipamentos eletrônicos, fatores socioeconômicos e Influência familiar. Os autores ressaltam que os acompanhamentos nutricionais na infância e adolescência por parte da família, assim como outros ambientes, entre eles o escolar, são essenciais na criação de hábitos saudáveis na vida adulta.

Nessa linha de pensamento, Santos, Rocha e Dias (2020, p.61) afirmam que “É possível constatar que a obesidade infantil está ligada a diversos aspectos como hábitos alimentares, inatividade física, influência da mídia e a influência dos pais”. (grifo nosso???)

Corrêa *et al.* (2020, p.182) alertam que “as crianças estão adotando um comportamento cada vez mais sedentário, caracterizado pela falta de exercício físico, o que somado à má alimentação, favorece no aumento do sobrepeso e obesidade na população infantil”. Alertam, ainda, que escolas e creches têm programas que trabalham prevenção à obesidade e recomendam que se verifique se essas medidas educativas estão sendo eficazes e o que pode ser melhorado para diminuir o índice de crianças com sobrepeso e obesidade.

Para os adolescentes, o Ministério da Saúde, para diminuir o sedentarismo, indica o estímulo de atividades de lazer como “andar de bicicleta, jogar bola, futebol, dançar, fazer ginástica, nadar e práticas rotineiras para aumentar atividade física, tais como subir e descer escadas” [...] Associados a esses exercícios educar o adolescente para que inclua na sua vida diária hábitos saudáveis e deixe a longa permanência em frente à televisão, ao computador e em jogos diversos online (BRASIL, 2014, p.49).

A Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) diz que a prática de atividade física está diretamente ligada ao saudável crescimento e

desenvolvimento das crianças, de modo que seja já introduzido nos primeiros meses de vida. Estudos apontam que a prática de atividade física na primeira infância, pode reduzir o desenvolvimento da obesidade, melhorar a qualidade do sono, a coordenação motora, as funções cognitivas e contribuir para o desenvolvimento de habilidades psicológicas e sociais.

Existem estratégias para a orientação de atividades físicas neste momento inicial da vida, e são importantes para apoiar os pais, cuidadores e professores. A elaboração de um guia pode ser uma importante estratégia de apoio à promoção da prática de atividade física, por apresentar ao público-alvo, de modo simples, lúdico e objetivo, uma importante mensagem de saúde pública construída a partir de evidências científicas disponíveis atualmente na literatura (SANTOS; ROCHA; DIAS, 2020).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “Obesidade Infantil”, para o qual se registram uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros 4, 5 e 6 mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Segundo OMS (2003), a obesidade é considerada uma epidemia mundial. Sua crescente prevalência vem sendo atribuída a diversos processos biopsicossociais, em que o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar estratégico no tratamento do problema e nas propostas de intervenções.

Confirmando a tendência mundial de mudança no perfil nutricional da população em geral, no município de Lassance, apesar das deficiências do sistema de informação gerando uma ausência dos dados antropométricos, nota-se, por meio da observação ativa, que houve aumento no quantitativo significativo de crianças de até 12 anos com sobrepeso e obesidade e que não aderem à terapia nutricional e à prática de atividade física.

Os impactos da obesidade infantil se estendem por décadas, o que colabora para o desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares e má formação do esqueleto.

A obesidade infantil está diretamente ligada ao sedentarismo e à alimentação inadequada. Além disso, a obesidade pode gerar dificuldades para as crianças realizarem atividades e brincadeiras comuns da infância e na prática de atividades físicas. Reafirma-se que normalmente essas crianças chegam à obesidade em razão da má alimentação ingerida desde a idade bem pequena, com alimentos ricos em gorduras hidrogenadas, como as bolachas, muito refrigerante, salgadinhos empacotados, sanduíches, bife e batata frita.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Observa-se que dentre os fatores mais relevantes para a obesidade tem-se os hábitos alimentares inadequados. Pode-se inferir que os pais têm papel importante no processo alimentar dos filhos, pois são eles que compram os alimentos, estruturam hábitos alimentares na família e dão condições para alimentação da criança. Percebeu-se pelos atendimentos às famílias que algumas ofertam alimentos altamente calóricos e pouco nutritivos (lanches rápidos e industrializados), em detrimento de frutas, verduras, grãos e carnes, pela praticidade na hora de preparar a refeição, seja ela qual for.

A mídia hoje também tem grande influência nesse problema, uma vez que leva para as casas comerciais altamente atrativos, com crianças consumindo alimentos calóricos e sem qualquer nutriente que faça bem para sua saúde. Assim, a adesão à alimentação saudável por parte da família precisa começar desde a gestação, onde a mãe deve, durante toda a gestação e amamentação, consumir alimentos saudáveis.

Destaca-se que os hábitos alimentares das crianças são os mesmos que os da família, por isso quando se trata de uma criança obesa precisa-se da colaboração da família. Inclusive o desmame precoce é outra causa da obesidade infantil.

Além disso, o sedentarismo está crescente. Nota-se que as crianças passam grande parte do tempo de frente para as telas e menos tempo brincando e mexendo o corpo, o que é fundamental para prevenir o excesso de peso. Quando uma criança chega ao estado de obesidade, ela necessita de um tratamento e da cooperação da família, que deve participar e incentivar a mesma a comer alimentos mais saudáveis, ricos em vitaminas e sais minerais, além de ter que adequar o cardápio familiar a um maior

consumo de frutas, legumes, verduras, carnes brancas, alimentos que contenham mais fibras e sucos naturais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para Faria, Campos e Santos (2018, p.60), “nó crítico” é “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. A partir da explicação do problema, foram levantados os nós críticos para elaboração de um plano de ação, como:

- Hábitos alimentares inadequados;
- Inexistência de avaliação nutricional rotineira;
- Substituição da merenda escolar por lanches industrializados

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passos)

Os quadros 4, 5 e 6 apresentam o desenho das operações para cada “nó crítico”, com seus respectivos projetos, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos), ações estratégicas, acompanhamento e gestão do plano.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “obesidade infantil” na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS Acácia, do município de Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos alimentares inadequados
6º passo: operação	Modificar os hábitos alimentares da família para se alcançar mudanças na alimentação da criança
6º passo: projeto	Família Saudável
6º passo: resultados esperados	Famílias conscientizadas sobre os hábitos inadequados em casa e como isso interfere tanto nos hábitos dos filhos e conseqüentemente na sua saúde e desempenho na escola.
6º passo: produtos esperados	Grupos operativos voltados para os pais. Campanha educativa na rádio.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informações e discussões sobre obesidade e estratégias de comunicação. Financeiro: para aquisição de material de divulgação, folhetos educativos e outros. Político: conseguir espaço na rádio local e no CRAS para os grupos operativos com os pais.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Rádio (motivação favorável), secretário municipal de saúde (motivação favorável), secretária de educação (motivação favorável) Reuniões com equipe de saúde, diretoras etc..
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Nutricionista do CRAS Apresentar o projeto de grupos operativos à direção do CRAS e à rádio local. Projeto de estruturação da rede (unidade e estrutura de serviço).
9º passo; acompanhamento do plano - responsável e prazos	Nutricionista. Prazo de até um ano letivo para executar de forma eficiente todas as etapas do plano de ação.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Intercalar durante as propagandas, na rádio, em horário definido, a campanha educativa, com conteúdos definidos e observar aceitação da comunidade. Grupos operativos: avaliação a cada três meses. Projeto “família saudável” durante o ano letivo aproximar mais os pais do ambiente escolar, participação efetiva nas escolas, para serem trabalhados os temas definidos (uma vez por semestre).

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “obesidade infantil” na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS Acácia, do município de Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Inexistência de avaliação nutricional rotineira.
6º passo: operação	Avaliar o estado nutricional dos alunos das escolas municipais
6º passo: projeto	Vigilância nutricional
6º resultados esperados	Identificação precoce do sobrepeso evitando assim a progressão do estado nutricional da criança para obesidade infantil no município. Crianças com alimentação adequada e participantes de atividades físicas
6º produtos esperados	Crianças escolares avaliadas nutricionalmente e fichas individuais com registros; Verificação semestral de peso e altura, percentual de gordura e circunferências das crianças. Crianças que demandam atendimento de apoio e exames com acompanhamento regular
6º recursos necessários	Cognitivo: marcações de avaliações para alunos que necessitam de apoio e exames. Financeiro: compra de materiais necessários para realização da avaliação, confecção de panfletos explicativos sobre a importância de se alimentar bem. Político: adesão de profissionais da educação.
7º viabilidade do plano - recursos críticos	Secretário de Educação (favorável) Diretorias e docentes das escolas (favoráveis)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Nutricionistas Apresentar o projeto de avaliação nutricional aos órgãos competentes (Secretário de Educação e comunidade escolar)
9º acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Secretaria de saúde/Nutricionista. Seis meses para listagem dos alunos, dois meses para realizar a avaliação dos alunos, três meses para análise dos resultados e realização de cardápio para cada caso; um mês para colocar em prática todos os cardápios adaptados.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Realização do diagnóstico de IMC (índice de massa corporal) das crianças, análise de resultados, e planejamento das ações futuras.

Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “obesidade infantil” na população sob responsabilidade da Equipe do CRAS Acácia, do município de Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Substituição da merenda escolar por lanches industrializados
6º passo: operações	Criar oficinas de preparo de lanches saudáveis nas escolas junto às crianças. Horta escolar
6º passo: projeto	Comida saudável/ Conscientizar as crianças que o que é ofertado na merenda escolar é saudável, balanceado e nutritivo.
6º resultados esperados	Diminuir a vinda de lanches industrializados de casa
6º produtos esperados	Adesão das crianças às oficinas propostas/ cardápios atrativos
6º recursos necessários	Cognitivo: Mobilização da comunidade escolar, sobre a importância do aluno fazer essa substituição na hora da merenda escolar. Financeiro: Compra de materiais para oficinas educativas com as crianças e confecção da horta. Político: Articulação setores da saúde e educação.
7º viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Mobilização da comunidade escolar, sobre a importância do aluno fazer essa substituição na hora da merenda escolar. Financeiro: Compra de materiais para oficinas educativas com as crianças e confecção da horta. Político: Articulação setores da saúde e educação
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria municipal de educação/ favorável. Sensibilizar as secretarias envolvidas quanto ao impacto social que pode vir a ser causado futuramente.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe da saúde/equipe da educação e funcionários da escola. 04 meses para adesão de todos, 03 meses para a separação e aquisição de materiais necessários para mudança e estímulo para ingestão da merenda escolar.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Oficinas de elaboração de lanches saudáveis nas escolas junto às crianças são muito interessantes, pois a criança vendo ser preparado, é estimulada; muda-se o conceito de negação já imposto em casa, de que é ruim, de que não vou comer.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Associado ao conhecimento que tenho com atendimentos de população infantil com obesidade e leitura mais aprofundada de artigos, cadernos do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica confirmei que a obesidade pode causar problemas de saúde ainda quando crianças ou na fase adulta. E que, quanto mais tarde começarem as ações educativas e até mesmo o tratamento em alguns casos, mais complicado será o controle ou aparecimento de doenças secundárias.

O nível de informação da população é promissor para promoção da saúde, o que reflete positivamente para a prevenção de situações, que podem ser evitadas por uma opção e mudanças conscientes no estilo de vida.

Diversos estudos apontam que o número de crianças obesas e com sobrepeso é preocupante e continua crescendo de forma acentuada, demandando ações intersetoriais e de qualidade com vistas à diminuição desse índice atual.

Desta maneira, ações de prevenção devem ter início durante a amamentação materna. A introdução de alimentos saudáveis e em quantidades corretas após o desmame, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente por profissionais da educação e da saúde, agregando os pais ou responsáveis neste processo são ações preventivas de futuros problemas de saúde e promoção de qualidade de vida.

A escola tem papel fundamental em ajudar a modelar as atitudes e comportamentos das crianças sobre atividades físicas e nutrição. Deve-se dar atenção à prevenção com desenvolvimento de estratégias preventivas para todas as idades, tendo início preferencial na infância.

REFERENCIAS

ANDRADE, D. A. **INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: uma análise sobre a construção de redes entre saúde e educação, no município do Recife.** 118 f. 2015 Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2015

ARAÚJO, A. L. *et al.* O impacto da educação alimentar e nutricional na prevenção do excesso de peso em escolares: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.11, n.62, p.94-10, Mar./Abril. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA- ABESO – **Diretrizes Brasileiras de obesidade- 2016.** 4 ed. São Paulo (SP) :ABESO, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, programas e relatórios)

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 5.085, de 19 de maio de 2004_Define as ações continuadas de assistência social. **Diário Oficial da União** - Seção 1, p.3, 20/5/2004.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1, p.2,6/12/2007.

CORRÊA, V. P. *et al.* O impacto da obesidade infantil no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 14, n. 85, p.177-183. Mar./abril. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

GODINHO, A. S. *et al.* Principais fatores relacionados ao sobrepeso e obesidade infantil. **RENEF**, v. 9, n. 13, p. 27-39, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Lassance: panorama**,2021
Disponível em: <[https:// cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lassance/panorama](https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lassance/panorama)>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008- 2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MIRANDA, J. M. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.21, n.2, p. 104-107, 2015.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf>

QUEIROZ, R. S.; VALENTE, G. S. C. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**. v. 88, n. 26, p.1-6, Abr-Maio-Jun, 2019

SANTOS, E. M.; ROCHA, M. M. S.; DIAS, T. O. Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica sobre fatores que contribuem para a obesidade na infância. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**, Vitória, v.9 n.1, p. 57-62, set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA-SBP. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3 ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

TESTA, W. L.; POETA, L. S.; DUARTE, M. F.S. Exercício físico com atividades recreativas: uma alternativa para o tratamento da obesidade infantil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 62, p. 49-55, 2017.

VIEIRA, M.S. N.; MATIAS, K. K.; QUEIROZ, M. G. Educação em saúde na rede municipal de saúde: práticas de nutricionistas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.26, n. 2, p. 455-464, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and Overweight** , 2018. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> > Acesso em 25 de fevereiro de 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age** [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2019 [cited 2021 Jan 22]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>>