

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

ELIZABETH FERREIRA TRAVEZ

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS SOBRE A OBESIDADE PARA A
EQUIPE II DO CENTRO DE SAÚDE INDEPENDÊNCIA EM BELO
HORIZONTE/MG.

Belo Horizonte/MG

2015

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

ELIZABETH FERREIRA TRAVEZ

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS SOBRE A OBESIDADE PARA A
EQUIPE II DO CENTRO DE SAÚDE INDEPENDÊNCIA EM BELO
HORIZONTE/MG.

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

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Belo Horizonte/MG

2015

ELIZABETH FERREIRA TRAVEZ

**MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS SOBRE A OBESIDADE PARA A
EQUIPE II DO CENTRO DE SAÚDE INDEPENDÊNCIA EM BELO
HORIZONTE/MG.**

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

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Examinador 2: Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os funcionários e colaboradores do curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família da UFMG.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela grandeza de guiar me mesmo nos momentos mais difíceis.

“Motivação é a arte de fazer as pessoas fazerem o que você quer que elas façam porque elas o
querem fazer.”

Dwight Eisenhower (1890 – 1969).

RESUMO

A obesidade é um relevante problema de saúde pública e requer dos profissionais da atenção primária à saúde preparo para seu enfrentamento, pois, parte significativa dos usuários adscritos procuram o serviço de saúde para resolver comorbidades relacionadas à síndrome. A doença que possui várias etiologias, dentre elas os fatores ambientais, sociais e emocionais. O objetivo deste foi elaborar um plano de intervenção para garantir melhor assistência aos pacientes obesos que vivem no território da equipe II do Centro de Saúde Independência em Belo Horizonte. Realizou-se um estudo descritivo através de pesquisa bibliográfica, pela leitura exploratória e analítica embasado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) objetivando relacionar os problemas diante de uma dada realidade na qual se pretende intervir. Foram elaboradas 4 operações a fim de garantir a reorganização do tratamento da obesidade entre usuários da ESF. As operações basearam-se na mudança de hábitos, realização de atividade física, informação aos usuários em relação à síndrome e a capacitação da equipe para lidar com o problema. Quanto a viabilidade do plano de ação considerou-se como favorável em todos os seus aspectos. O prazo máximo para início das atividades é de 6 meses. Pela construção do plano de ação embasado no PES, foi possível observar que o recrutamento e capacitação da equipe para orientação aos usuários a fim de reduzir a obesidade é ponto de partida para a efetivação do plano de ação proposto e a implementação do plano contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: Obesidade. Atenção primária. Fatores de risco. Prevenção.

ABSTRACT

Obesity is a major public health problem and requires of professionals in the primary health care preparation for his confrontation therefore significant part of ascribed users seeking health services to address co-morbidities related to the syndrome. The disease has several causes, among them the environmental, social and emotional factors. The objective of this was to develop an action plan to ensure better care for obese patients living within the team II Independence Health Center in Belo Horizonte. We conducted a descriptive study through literature, the exploratory and analytical reading grounded in Situational Strategic Planning (PES) aiming to relate the problems facing a given reality in which it intends to intervene. 4 transactions were designed to ensure the reorganization of the management of obesity among users of the ESF. The operations were based on changing habits, physical activities, information to users regarding the syndrome and the training of staff to deal with the problem. As for the viability of the plan of action was considered as favorable in all its aspects. The deadline for commencement of activities is 6 months. The construction of the grounded plan of action in PES, it was observed that the recruitment and training of staff for guidance to users in order to reduce obesity is the starting point for the realization of the proposed action plan and the implementation of the plan will contribute to improving the quality of life of users.

Keywords: Obesity. Primary care. Risk factors. Prevention.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	10
2 - JUSTIFICATIVA	15
3 - OBJETIVO.....	16
4 - METODOLOGIA.....	17
5 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
6 - PLANO DE AÇÃO	22
7 - CONCLUSÕES	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Belo Horizonte é um município que pertence ao estado de Minas Gerais, cuja população estimada no ano de 2014 era de 2.491.109 habitantes e está localizada a 716 Km da capital nacional. A cidade foi planejada para ser a capital política e administrativa, de Minas Gerais e como característica importante, pode-se citar o crescimento populacional. Além disso, encontra-se associada às cidades de Vespasiano, Ribeirão das Neves, Contagem, Betim, Ibirité, Brumadinho, Nova Lima, Sabará e Santa Luzia, originando a Grande BH ou região metropolitana. A partir desta formação, pelo município existem centros econômico, político e cultural, sendo ainda conhecida como “capital nacional dos botecos”, por ter mais bares per capita que qualquer outra cidade do Brasil (IBGE, 2014).

Os primeiros habitantes da região onde situa o município foram os índios do Tronco linguístico macro-jê, que foram extintos pelos bandeirantes, sendo que nesta época eram liderados por João Leite da Silva Ortiz, que buscava por pedras preciosas e ouro. Assim, o grupo se fixou nas terras ao pé da Serra do Congonhas e explorou as atividades agrícolas e pecuária, onde o atrativo era um curral denominado “Curral d`EL Rey”, que pertencia a Sabará. Assim, posteriormente seu nome foi modificado diversas vezes, até chegar a se chamar Belo Horizonte.

Localizada no sudeste brasileiro, Belo Horizonte situa-se próximo de outras capitais São Paulo e Rio de Janeiro, que contribuem ativamente com a economia do Brasil, como. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a área do município é de 331 km² para habitar a população citada, resultando numa densidade de 7.177 habitantes por km². Do total de sua população, observa-se que o número de mulheres é ligeiramente superior ao de indivíduos do sexo masculino, podendo ser considerado ainda o número significativo de idosos vivendo na cidade. Por outro lado, em relação à educação, a taxa de escolarização de 97%; entre quatro e cinco anos: 79%; entre seis e 14 anos: 99%, entre 15 e 17 anos: 86%.

Outras informações obtidas no site do IBGE Cidades e que devem ser destacadas, trata-se do setor de saúde, onde cerca 80% da população belo-horizontina é usuária de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde(SUS) sendo a renda média familiar per capita no ano de 2010 de R\$1226,00. Do outro lado, aproximadamente toda a população possui abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública.

Em Belo Horizonte, a principal atividade econômica desenvolvida é a do setor terciário e secundário, com destaque para o processamento do minério, além do potencial científico representado pelas universidades, colégios e institutos.

O sistema local de saúde do município, é composto pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), que funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado. Já a estratégia da saúde da família foi implantada nos centros de saúde do município no ano de 2009, proporcionando cobertura em saúde a aproximadamente 75% da população, através dos 147 centros de saúde, distribuídos em nove distritos sanitários denominados de Barreiro, Centro-Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Pampulha e Venda Nova. No total, são 523 equipes de saúde da família, cada uma composta por médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Parte significativa das unidades básicas de saúde em Belo Horizonte presta serviço em saúde mental e está equipada com serviços especializados como nutricionista, fisioterapeuta, assistente social. Os principais procedimentos oferecidos pelas UBS são consultas médicas e de enfermagem, vacinação, atendimento pré-natal, medicamentos, puericultura além, de referenciar o usuário para demais serviços especializados complementares ao serviço da atenção primária. Nesse caso, as redes de média e alta complexidade estão localizadas em áreas específicas denominadas Centro de Especialidade Médicas (CEM), Unidade de Referência de Saúde (URS), hospitais e maternidades, equipados com alta tecnologia, para prestar serviços qualificados. Centro de Especialidades somam 09, Unidades de referência secundária 04, 01 Policlínica, 01 Núcleo de Cirurgia ambulatoria, 01 Centro Municipal Oftalmológico, 01 Centro municipal de Imagem e 08 Ambulatórios de Convergência.

O Centro de Saúde Independência localiza-se na Rua Maria Antonieta Ferreira, nº 51 no Bairro Independência, na região do Barreiro em Belo. No centro de saúde os profissionais prestam serviços em saúde para 17832 pessoas cadastradas e onde trabalham profissionais como médicos(7), enfermeiros(6), técnicos em enfermagem(17), ACS(25), odontólogos (10), psicólogos(2), assistente social (1), agentes de zoonoses(9), auxiliares administrativos(6), 2 profissionais do Programa Saúde na Escola(PSE)(2), auxiliares de serviços gerais(3), estagiários(2) e porteiros(2). Assim, os recursos humanos citados, estão divididas em 06 equipes de saúde, sendo que este trabalho se refere a equipe 2, também chamada equipe azul, que sendo a maior delas funcionando no centro de saúde é responsável por 3513 usuários.

Ao realizar a observação ativa do território da equipe, observou-se que o território da equipe fica na região comercial onde está a garagem de uma empresa de ônibus, que atende a população, 02 escolas, sendo 01 municipal e 01 estadual. Trata-se de uma comunidade considerada de elevado risco e composta de aglomerados e terrenos habitados por famílias e em locais sem planejamento científico, poucas construções verticais com mais de dois andares e pequenos comércios. Boa parte da população é dependente do bolsa família, ou subsídios governamentais, grande parte da fração aposentada trabalha nas indústrias, principalmente na região do Barreiro ou em serviços domésticos, administrativo e gerais.

A população do território da equipe II é servida por 01 Centro de Saúde, Centro de Referência em atenção Social (CRAS) o CRAS - Independência, 02 supermercados de médio porte, farmácias, igrejas católicas e evangélicas, escolas, creches, mecânicas de autos, loja de verdura, padaria, cabeleireiros, lanchonetes, papelarias, manicure, costureira, academia de ginástica, pontos de ônibus, linha férrea que transporta minério, além de uma praça. Todos tem acesso aos serviços básicos, água, luz e telefonia e boa parte das ruas são asfaltadas sendo comum a presença de vários becos e ruelas.

De acordo com o site da prefeitura de Belo Horizonte (2014) a população sob responsabilidade da equipe II em sua maioria é adulta, jovens e seguida da idosa.

A UBS Independência funciona das 7:00 às 19:00 horas de segunda a sexta -feira e eventualmente aos sábados. Construída para ser uma residência, a edificação foi modificada ao longo do tempo sendo composta de dois andares, onde no primeiro funciona um estacionamento para aproximadamente 10 carros, uma sala para o serviço de zoonoses e um espaço para os agentes comunitários de saúde. No segundo andar, funciona a recepção que divide o mesmo espaço com regulação e arquivo, sala observação, sala de espera com uma televisão para os usuários, ao lado de dois banheiros. A unidade possui ainda 01 cozinha, 01 pátio, 12 consultórios, 02 banheiros para os profissionais da equipe, 01 almoxarifado, 01 sala de expurgo, sala de vacina, sala de curativo e sala da gerência. Ao lado da edificação funciona um anexo para o atendimento odontológico.

Um dos fatores dificultadores do processo de trabalho é a equipe II encontrar-se incompleta contando com os serviços de 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem, 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para proporcionar atendimento em saúde a 3513 usuários. Além disso, a estrutura da unidade, o espaço reduzido para reuniões de equipe, e

atividades dos ACS, bem como para atividades físicas. Além disso, o Grupo operativo que funciona na unidade reúne os pacientes uma vez por semana, durante 02 horas tendo como atividade realizada uma consulta de aproximadamente 10 minutos para ser realizada a renovação da receita. A equipe encontra-se desmotivada, necessitando inclusive de atualizações e educação permanente entre os profissionais, onde a única atividade existente é uma reunião mensal entre os médicos da UBS para discutir casos gerados na rotina profissional médica. Assim, a consequência da falta de planejamento e organização da equipe é o excesso de demanda espontânea e a falta de qualidade no serviço prestado pela equipe, que não vem prestando o devido trabalho de prevenção, proteção e recuperação da saúde. Outro fator dificultador do processo de trabalho é a falta de comunicação entre os níveis auxiliares oferecidos na UBS, como serviço de atenção domiciliar (SAD), Unidade de pronto atendimento (UPA), centros de referência, hospitais, programa Melhor em Casa, internação domiciliar, entre outros, dificultando o acesso do usuário aos serviços comprometendo a promoção da saúde.

Por outro lado, um fator facilitador do processo de trabalho é a presença do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) que é composto de profissionais como fisioterapeuta, Farmacêutico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo que se empenham em proporcionar um bom trabalho de ampliação das ações em saúde da equipe II.

Como profissional inscrito no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), uma das exigências do edital, era que o profissional médico se matriculasse no Curso de Especialização em Estratégia em saúde da família(CEESF). Em Belo Horizonte o curso foi oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e nele o aluno cumpre 03 etapas, didaticamente divididas em Unidade Didática I, II e III. Na primeira, o módulo de Planejamento e avaliação das ações em Saúde propõe que antes de planejar o serviço seja reconhecida a área de atuação dos profissionais da equipe de saúde e que se realizasse a análise situacional e em seguida listar e priorizar os três maiores problemas de saúde frequentes no território. No caso da equipe II, as doenças mais frequentes são a obesidade, uso indiscriminados de benzodiazepínicos, hipertensão; baixa adesão ao tratamento medicamentoso para as DCNT; tabagismo; diabetes descompensado, dentre outras. Dos problemas de saúde citados foi necessário relacionar os de maior relevância, capacidade de enfrentamento e governabilidade da equipe sobre o problema, pois neste momento e com os problemas que a equipe enfrenta não é possível resolver todos ao mesmo tempo. Assim o

problema escolhido para intensificar o cuidado foi a obesidade, onde durante os atendimentos na equipe II da UBS Independência, ao abordar o paciente procurando prestar atenção de forma integral, foi identificada que boa parte dos adultos apresentava-se obeso ou com sobrepeso, servindo para aumentar o risco da ocorrência de eventos cardiovasculares e suas complicações. Assim a equipe vem convivendo com altos índices de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o Diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, que agrupam entidades que embora apresentem tempo de evolução prolongado, provocam lesões irreversíveis e complicações podendo levar à incapacidade ou óbito. Percebeu-se assim, que os pacientes nesta condição, não recebem informações adequadas sobre a doença e estando a equipe de saúde na mesma situação, desconhece os riscos da falta atividades de prevenção, controle, promoção ou tratamento da doença.

Observou-se assim, a necessidade de intervenção por parte da equipe II, no sentido de além do atendimento na unidade, baseado na consulta médica, fossem oferecidas atividades para os obesos e pessoas com sobrepeso, compartilhando o trabalho da equipe com o trabalho dos profissionais do NASF, como os profissionais de educação física, nutricionista, fisioterapeutas ou médicos, bem como formando parcerias com a academia da cidade, prefeitura de Belo Horizonte, profissionais da UBS Independência, em especial, a equipe da saúde da família e organização não governamental (ONG) como a AME, SESI, academias particulares do bairro e principalmente a comunidade. Esta prática poderá proporcionar atividade física aos usuários, auxílio para alimentação correta e nutrição adequada, visando a redução do peso, sedentarismo e o desenvolvimento de DCNT a longo prazo.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho a quantidade significativa de pacientes obesos e com sobrepeso que vivem no território da equipe II, no Centro de Saúde Independência em Belo Horizonte/MG. Assim, a equipe resolveu propor esta intervenção, na tentativa de proporcionar acompanhamento médico, nutricional e a prática exercícios físicos capazes de modificar hábitos, redução da obesidade central e o risco de desenvolvimento das DCNT resultando em aumento da qualidade de vida. A falta de comunicação entre a equipe de saúde e as instituições vem sendo o fator que impede o paciente completar seu tratamento com atividades preventivas.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para reduzir a obesidade através da reorganização das atividades preventivas prestadas aos usuários obesos ou com sobrepeso adscritos ao território da equipe II no Centro de Saúde Independência em Belo Horizonte/MG.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é um projeto de intervenção para a equipe II da UBS Independência em Belo Horizonte/MG proporcionar aos obesos que vivem no território atividades preventivas como reestruturação da dieta e informação nutricional, exercícios físicos para auxiliar a redução do peso. O plano de ação foi elaborado a partir de informações retiradas de artigos, somados aos dados obtidos na análise situacional da área de abrangência da equipe. Para nortear o processo foram construídos os 10 passos do Planejamento estratégico situacional (PES) que estão descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A construção deste trabalho constituiu-se de seleção e análise de publicações relativas ao tema, busca de dados no banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, site eletrônico do DATASUS, dentre outros. Foi realizada pesquisa sistematizada na literatura, utilizando-se sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. Os descritores que foram utilizados na busca são: Obesidade. Atenção primária. Fatores de risco. Prevenção.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial (VENTURINI, et.al., 2013) apresentando consideráveis implicações sociais e psicológicas, cuja característica principal é o acúmulo excessivo de gordura corporal, cujo tratamento envolve "várias abordagens como por exemplo a nutricional, prática de exercícios físicos e uso de medicamentos antiobesidade".((SEGAL; FANDIÑO, apud FANDIÑO, et.al.2004, p. 47).

No Brasil, as doenças e agravos não transmissíveis são a principal causa de óbito em adultos, sendo a obesidade um dos grandes fatores de risco para o adoecimento desta população. (BRASIL, 2006). Sua distribuição ocorre nas diferentes faixas econômicas, com tendência na classe mais alta (MELLO; LUFT; MEYER, 2004), porém, com o aumento da industrialização e urbanização resultaram em modificações comportamentais como o sedentarismo e hábitos nutricionais, onde as pessoas passaram a utilizar alimentos com alta densidade calórica, rica em gordura saturada, sódio, sacarose ou mesmo alimentos com baixo teor de fibras e micronutrientes (BRASIL, 2011). Assim, a obesidade vem sendo considerada um problema de saúde pública, “uma vez que as consequências para a saúde são muitas e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, que afetam diretamente a qualidade de vida”(TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010, p. 359). A gordura localizada na região abdominal está associada a distúrbios metabólicos, pois a medida regional da obesidade como por exemplo a circunferência da cintura, pode fornecer estimativas de gordura centralizada que está relacionada à quantidade de tecido adiposo visceral. (LERARIO et. al., 2002 apud MARIATH, et. al., p.898). Já de acordo com JEBB, 1997 apud FRANCISCHI et. Al., 2000, p. 18

[...]A obesidade não é uma desordem singular, e sim um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que em última análise resultam no fenótipo de obesidade. Os princípios mendelianos e a influência do genótipo na etiologia desta desordem podem ser atenuados ou exacerbados por fatores não genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gasto e consumo energético (JEBB, 1997 apud FRANCISCHI et. Al., 2000, p. 18).

Ainda conforme os autores, as complicações decorrentes da obesidade estão relacionadas ao excesso de peso e à maior distribuição da gordura corporal na região do abdome ou no quadril, onde a presença do tecido adiposo é fator de risco para distúrbios metabólicos. (GRUNDY, 1998 apud FRANCISCHI et. al., 2000) como as dislipidemias, a resistência à insulina e o Diabetes mellitus tipo II. Além disso, a presença de tecido adiposo em excesso na

região do abdome está relacionada com o risco de complicações cardiovasculares como o desenvolvimento das doenças arteriais coronárias e a hipertensão arterial. Esta situação agrava-se a partir de sua associação a fatores ambientais como o consumo de dietas inadequadas e a inatividade física, são os que mais contribuem para a origem da obesidade em humanos. (ROSINI; SILVA; MORAES, 2012). Assim, a obesidade é considerada uma importante desordem nutricional nos países em desenvolvimento, as tendências de transição nutricional remetem os hábitos para uma dieta mais rica em gorduras, inclusive as de origem animal, açúcares e alimentos refinados, reduzida em carboidratos complexos e fibras (MONTEIRO *et al.*, 1995 apud FRANCISCHI *et. al.*, 2000). Quando quantidade de energia ingerida é superior ao que se gastou para se exercer as funções vitais, existe o estoque de energia e peso corporal, sendo este denominado balanço energético positivo (PEREIRA; FRANCISCHI; LANCHETA JR, 2003).

A “obesidade e o sobrepeso são definidos como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode ser prejudicial para a saúde” (BASTOS; BONFIM, 2007, p.32) e de acordo com Silveira *et. al.*(2005), a prevalência de obesidade pode ser determinada nos adultos através do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela razão entre o peso e a altura do indivíduo, cujos dados são conseguidos utilizando-se balança e estadiômetro respectivamente ($IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$). O resultado é dado por valores entre: 25,0 e 29,9 kg/m² caracterizando sobrepeso, IMC igual ou superior a 30,0 kg/m² indica em obeso e finalmente pode ser subdividida em termos de severidade (IMC entre 30-34,9 kg/m² denomina-se obesidade I, entre 35-39,9 kg/m² denomina-se obesidade II e maior que 40 kg/ m² denomina-se obesidade III) (WHO, 1998; BRASIL, 2006b apud ABESO, 2009).

A prevenção da obesidade, é importante pois envolve interesse social, investimentos econômicos em alimentação e na qualidade de vida das pessoas obesas. Assim,

[...]alterações na estrutura urbana, como construção de calçadas seguras e de cicloviarias; melhora nos *designs* das construções a fim de facilitar o uso de escadas; legislação e regulação dos rótulos dos produtos alimentícios; subsídios para produtores de alimentos com pouca densidade calórica (em especial, frutas e vegetais); incentivos fiscais para empresas que incentivem a prática de atividades físicas dos empregados; consultoria nutricional para refeições escolares e empresariais, entre outras. De fato, intervir de maneira preventiva sobre a obesidade tende a ser mais fácil, menos caro e potencialmente mais efetivo (GILL, 1997 apud FRANCISCHI *et. Al.*, 2000, p. 26)

A Estratégia Saúde da Família tem como princípio o cuidado aos indivíduos e famílias de forma integral e contínua, proporcionando ações de promoção e proteção e recuperação da

saúde. Seu objetivo é reorganizar a atenção voltada para a família em seu ambiente físico e social, visando melhorias na qualidade de vida, proporcionando serviços resolutivos, atenção integral e humanizados (COUTINHO; TORAL, 2008). Assim, na atenção básica, a equipe de saúde pode lançar mão de possibilidades terapêuticas destinadas à prevenção e controle da obesidade através do trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que através do profissional de Educação Física, fisioterapeuta e demais profissionais, que são capacitados para desenvolver ações em atividades físicas no território. Para esta atividade e aproveitando as academias da Saúde que são espaços promotores para as práticas corporais e que são porta de entrada de indivíduos com sobrepeso ou obesidade que não frequentam habitualmente as Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2014). Ainda de acordo com o mesmo caderno de atenção básica, os indivíduos com IMC maior ou igual a 25 kg/m^2 e classificados como excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) e devem receber atendimento específico para redução do peso a fim de promover a adequação do estado nutricional, com IMC menor do que 25 kg/m^2 , onde devem ser adotados procedimentos para se realizar a avaliação do perfil alimentar e nutricional como:

[...]Pesar e medir o adulto. Realizar a aferição da medida da cintura do adulto.
Calcular o IMC do adulto e classificar o seu estado nutricional.
Avaliar os hábitos alimentares do adulto, a disponibilidade e a variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.).
Avaliar o nível de atividade física, avaliando todas as atividades realizadas: trabalho fora de casa, trabalhos domésticos, deslocamento, transporte, lazer, cuidado de crianças ou idosos etc.
Realizar exame clínico. Avaliar exames bioquímicos.
Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal etc.).
Ao ser classificado com o peso acima do adequado, IMC igual ou maior que 25 kg/m^2 (excesso de peso):
Apresentar ao adulto o diagnóstico encontrado, explicar o que representa e dar as devidas orientações para cada caso (sobrepeso e/ou obesidade).
Anotar a altura, peso e IMC no prontuário do paciente, com registro de data da avaliação e anotar dados no cartão de peso do adulto.
Orientar o adulto quanto aos resultados do exame clínico e bioquímico (anemia, dislipidemias etc.) realizados.
Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de Saúde (BRASIL, 2014, p. 37).

O tratamento da obesidade, deve passar por abordagens relacionadas à adoção de uma alimentação saudável e à prática de atividade física, pois, evidências científicas demonstram que fatores ligados à alimentação e à inatividade física estão envolvidas com o desenvolvimento de diversas doenças. Assim, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como diretrizes a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o

controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição e o monitoramento da situação alimentar e nutricional necessários ao estilo de vida saudável.

Assim,

[...]SAL– Restringir a 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá) por dia.

Reduzir sal e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches rápidos. Consumir sal iodado.

AÇÚCAR – Limitar a ingestão de açúcar simples; refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral. •

GORDURA – Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais / Preferir óleos vegetais como soja, canola, girassol, oliva (1 colher de sopa por dia) / Retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo.

FIBRAS – O consumo de alimentos ricos em fibras pode reduzir o risco de desenvolvimento de várias doenças, como diverticulite, câncer de cólon e hiperlipidemias. As principais fontes de fibras são os alimentos vegetais como grãos, tubérculos, raízes, frutas, legumes, verduras e leguminosas.

PEIXE – Incentivar o consumo.

ÁLCOOL – Evitar a ingestão excessiva de álcool / Homens: no máximo 2 doses de bebida alcoólica por dia / Mulheres: no máximo 1 dose de bebida alcoólica por dia (1 dose corresponde a 1 lata de cerveja/350ml OU a 1 cálice de vinho tinto/150ml OU a 1 dose de bebida destilada/40ml).

Pressupõe-se que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente seja suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição. Segundo os princípios da alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor os hábitos alimentares; portanto, uma alimentação adequada deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006b apud ANSS, 2011, p. 32)

Para o tratamento efetivo da obesidade, deve-se Incluir a promoção de atividade física na abordagem do cuidado em saúde observando componentes ambientais, fisiológicos e subjetivos, além de considerar as possibilidades e limitações do sujeito e do ambiente no desenvolvimento das atividades propostas. Se necessário, podem ser aproveitados espaços nas Unidades de Saúde, praças e espaços comunitários cedidos pela comunidade, mediante a presença do profissional de Saúde para proporcionar os cuidados necessários a uma atividade saudável, sem danos imediatos ou futuros aos praticantes. Assim, as atividades leves (alongamentos leves, caminhada em ritmo lento) e moderadas (dança de salão com músicas lentas) devem ser preferencialmente realizadas em grupo. Já atividades como corrida e exercício de condicionamento físico necessitam de acompanhamento de profissional especializado, recomendada para grupos específicos, ou para prescrições individuais a partir da análise da situação clínica e fisiológica do indivíduo para a prática do exercício físico. Baseado nesta conduta, deve-se ainda estimular a continuidade de atividades físicas comuns no cotidiano dos sujeitos, como ir à escola ou ao trabalho a pé, limpar o quintal, subir escadas, e aumentar suas possibilidades a partir dos novos conhecimentos adquiridos e construídos nos grupos propostos pela equipe de saúde. (BRASIL, 2014).

6 PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: definição dos problemas

O planejamento de ações em saúde, depende necessariamente da análise situacional do território estudado e da identificação do problema que é dado como uma insatisfação do sujeito em relação à porção da realidade que ele gostaria de modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Após a realização da análise situacional citada, a equipe II do Centro de Saúde Independência em Belo Horizonte foi feito um levantamento dos principais problemas de saúde que os usuários sob responsabilidade da equipe enfrentam que são: A elevada prevalência de pacientes obesos, uso indiscriminado de benzodiazepínicos, patologias crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial, dentre outras. Utilizando o mesmo módulo citado, foi aplicado o método da estimativa rápida, que se mostrou ideal para se obter informações sobre os problemas e dos recursos potenciais para o enfrentamento em um menor período de tempo, a custos acessíveis, servindo de ponto de partida para a construção de um plano de ação para o problema selecionado como prioritário.

Segundo passo: priorização de problemas

Como a equipe II enfrenta diversos problemas relacionados à saúde dos usuários e neste momento não sendo possível enfrentar todos ao mesmo tempo, principalmente porque além de depender de recursos financeiros, a equipe encontra-se incompleta e carente de recursos materiais para cada uma das intervenções dependendo de organização e planejamentos prévio. Assim, o problema considerado prioritário foi selecionado após identificado na análise situacional, considerando sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Priorização dos Problemas da equipe II do Centro de Saúde Independência em Belo Horizonte				
Principais Problemas	Importância	Urgência *	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alta prevalência da obesidade	Alta	8	Parcial	1
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos	Alta	7	Parcial	2
Hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	2
Diabetes descontrolada	Alta	5	Parcial	3
Desemprego	Alta	5	Fora	5
Uso de bebida e drogas ilícitas	Alta	5	Fora	4

*A seleção foi realizada a partir da análise dos pontos obtidos de acordo com a pontuação descrita no quadro acima. Na Equipe II, o problema Alta prevalência da obesidade foi selecionado como prioridade 01 e para o mesmo foi proposto um plano de ação além de ser eleito para o tema deste trabalho de conclusão de curso(TCC).

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O problema selecionado como objeto deste trabalho foi observado, quando ao abordar o paciente procurando prestar atenção de forma integral, foi identificada que boa parte dos adultos apresentava-se obeso ou com sobrepeso, servindo para aumentar o risco da ocorrência de eventos cardiovasculares e suas complicações. Assim a equipe vem convivendo com altos índices de Doenças crônicas não transmissíveis(DCNT), como o Diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, que agrupam entidades que embora apresentem tempo de evolução prolongado, provocam lesões irreversíveis e complicações podendo levar à incapacidade ou óbito. Percebeu-se assim, que os pacientes nesta condição, não recebem informações adequadas sobre a doença e estando a equipe de saúde na mesma situação, desconhece os riscos da falta atividades de prevenção, controle, promoção ou tratamento da doença pelos usuários

Quarto passo: explicação do problema

O número significativo de usuários que procuram consulta médica na equipe II, ao serem abordados, foi identificado que boa parte dos adultos apresentava-se obeso ou com sobrepeso, incorrendo em risco de ocorrência de eventos cardiovasculares e suas complicações e com a qualidade de vida comprometida. Percebeu-se assim, que os pacientes nesta condição, não recebem informações adequadas sobre a doença e estando a equipe de saúde na mesma situação, desconhece os riscos da falta atividades de prevenção, controle, promoção ou tratamento da doença, embora exista na área de abrangência recursos para a execução de exercícios físicos e na unidade, grupos operativos capazes de acomodar os usuários acometidos para reuniões em grupo para troca de apoio emocional para enfrentar esta fase, bem como para trocar experiências relacionados ao problema.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Analisando as causas do problema, foi possível verificar que é possível atuar no problema intermediário que é a falta de atividades não farmacológica. Assim, após analisar e identificar as causas que precisam ser enfrentadas foram determinadas como nó crítico ou o tipo de causa de um problema que, deve ser atacado para impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Os principais nós críticos encontrados no território da equipe II para o problema alta prevalência de obesidade são:

1. Falta de atividades físicas para paciente obeso ou com sobrepeso
2. Maus hábitos alimentares por parte dos pacientes obesos
3. Desconhecimento sobre a doença obesidade
4. Falta de vínculo e comunicação da equipe com os usuários

Sexto passo: desenho das operações

Para procurar soluções e formas de enfrentar o problema descrito, elaborou-se o plano de ação através de operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”, procurando identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Alta prevalência de obesidade na equipe II do centro de saúde Independência em Belo Horizonte/MG				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1. Falta de atividades físicas para paciente obeso ou com sobrepeso	<u>Exercitar</u> Estimular o paciente a fazer exercícios físicos	Reduzir ao máximo o nº de pacientes que não aderem a atividades físicas no prazo de 1 ano.	Programa legal de exercício e caminhada; “Programa correr “ Campanha educativa na rádio local	Organizacional → para organizar as caminhadas e exercícios ; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, convites em papel, etc.
2. Maus hábitos alimentares por parte dos	<u>Zero caloria</u> Estimular a troca de alimentos calóricos por frutas e	Paciente consciente da necessidade de transformar o hábito do consumo de doces	Programa alimento verde: criação da horta de verdura pelos usuários voluntários	Cognitivo → conhecimento sobre a necessidade de modificar a alimentação e pedagógicas;

pacientes obesos	verduras.	e gordura saturada	Programa verde é legal: Troca de verduras entre os usuários obesos	Organizacional → organização da produção das verduras; Político → articulação intersetorial (parceria com a prefeitura) e mobilização da equipe. Financeiro → para aquisição de recursos para a horta e lembrar o usuário do seu compromisso com a equipe.
3. Desconhecimento sobre a doença obesidade	<u>Descobrir a obesidade</u> Aumentar o nível de informação da população obesa sobre o tema; Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento paciente obeso	População mais informada sobre a doença e da necessidade da prática do exercício físico e reorganização da alimentação.	Programa receita diet: Estimular o paciente obeso a disponibilizar receitas com baixo valor calórico para serem trocadas nas reuniões dos grupos operativos. Programa palestra ligh: A cada reunião cada usuário informa seu “prato trocado”	Políticos → decisão de delegar tempo para abordar o tema e ouvir o usuário financeiros → compra de material de apoio; Cognitivo → elaboração do projeto: Atividades dinâmicas e em grupo estimulando o conhecimento para melhorar a adesão ao tratamento
4. Falta de vínculo e comunicação da equipe com os usuários	<u>Comunicar</u> Capacitação da equipe para abordar o paciente. Aumento do vínculo da equipe com o paciente	Equipe comprometida com o programa e fidelização da clientela e garantir vínculo entre a equipe e os usuários após a reorganização do processo de trabalho.	Pacientes que são avisados das atividades e dos programas propostos neste plano; Vínculo criado; População comprometida com o tratamento; Divisão das tarefas, orientações aos CAS e secretária para melhorar a abordagem, o convívio e comunicação.	Cognitivo → Internalizar a necessidade do compromisso mútuo entre equipe e usuário; Político → articulação entre os setores da equipe de saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos dos programas, capacitar a equipe.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema Alta prevalência de obesidade na equipe II do centro de saúde Independência em Belo Horizonte/MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<u>Exercitar</u>	Organizacional → para organizar as caminhadas e exercícios ; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, convites em papel, etc
<u>Zero caloria</u>	Cognitivo → conhecimento sobre a necessidade de modificar a alimentação e pedagógicas; Organizacional → organização da produção das verduras; Político → articulação intersetorial (parceria com a prefeitura) e mobilização da equipe. Financeiro → para aquisição de recursos para a horta e lembrar o usuário do seu compromisso com a equipe.
<u>Descobrir a obesidade</u>	Políticos → decisão de delegar tempo para abordar o tema e ouvir o usuário financeiros → compra de material de apoio; Cognitivo → elaboração do projeto: Atividades dinâmicas e em grupo estimulando o conhecimento para melhorar a adesão ao tratamento
<u>Comunicar</u>	Cognitivo → Internalizar a necessidade do compromisso mútuo entre equipe e usuário; Político → articulação entre os setores da equipe de saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos dos programas, capacitar a equipe.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Análise e viabilidade do plano para enfrentamento do problema Alta prevalência de obesidade na equipe II do centro de saúde Independência em Belo Horizonte/MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<u>Exercitar</u> Estimular o paciente a fazer exercícios físicos	Organizacional → para organizar as caminhadas e exercícios ; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, convites em papel, etc	Educador físico do NASF	Favorável	Não necessária é
<u>Zero caloria</u> Estimular a troca de alimentos calóricos por frutas e verduras.	Cognitivo → conhecimento sobre a necessidade de modificar a alimentação e pedagógicas; Organizacional → organização da produção das verduras; Político → articulação intersetorial (parceria com a prefeitura) e mobilização da equipe. Financeiro → para aquisição de recursos para a horta e lembrar o usuário do seu compromisso com a equipe.	Nutricionista e farmacêutico do NASF	Favorável Indiferente	Apresentar o projeto para os usuários
<u>Descobrir a obesidade</u> Aumentar o nível de informação da população obesa sobre o tema; Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento paciente obeso	Políticos → decisão de delegar tempo para abordar o tema e ouvir o usuário financeiros → compra de material de apoio; Cognitivo → elaboração do projeto: Atividades dinâmicas e em grupo estimulando o conhecimento para melhorar a adesão ao tratamento	Médico da equipe II	Favorável	
<u>Comunicar</u>	Cognitivo →	Gerente do	Favorável	Apresentar

<p>Capacitação da equipe para abordar o paciente.</p> <p>Aumento do vínculo da equipe com o paciente</p>	<p>Internalizar a necessidade do compromisso mútuo entre equipe e usuário;</p> <p>Político → articulação entre os setores da equipe de saúde e adesão dos profissionais;</p> <p>Organizacional → adequação de fluxos dos programas, capacitar a equipe.</p>	<p>Enfermeiro e ACS</p>	<p>Favorável</p>	<p>projeto</p>
--	---	-------------------------	------------------	----------------

Nono passo: elaboração do plano operativo

Plano operativo para enfrentamento do problema Alta prevalência de obesidade na equipe II do centro de saúde Independência em Belo Horizonte/MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<u>Exercitar</u> Estimular o paciente a fazer exercícios físicos	Reduzir ao máximo o nº de pacientes que não aderem a atividades físicas no prazo de 1 ano.	Programa legal de exercício e caminhada; “Programa correr “ Campanha educativa na rádio local	Apresentar o projeto para a equipe e usuário	Enfermeiro	Três meses para o início das atividades
<u>Zero caloria</u> Estimular a troca de alimentos calóricos por frutas e verduras.	Paciente consciente da necessidade de transformar o hábito do consumo de doces e gordura saturada	Programa alimento verde: criação da horta de verdura pelos usuários voluntários Programa verde é legal: Troca de verduras entre os usuários obesos	Apresentar o projeto para os usuários	Médico	Apresentar o projeto em três meses; Início das atividades: nove meses;
<u>Descobrir a obesidade</u> Aumentar o nível de informação da população obesa sobre o tema; Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento paciente obeso	População mais informada sobre a doença e da necessidade da prática do exercício físico e reorganização da alimentação.	Programa receita diet: Estimular o paciente obeso a disponibilizar receitas com baixo valor calórico para serem trocadas nas reuniões dos grupos operativos. Programa palestra ligh: A cada reunião cada usuário informa seu "prato trocado"	Apresentar projeto	Enfermeiro, médico e equipe II	Início em quatro meses e término em seis meses; término em 12 meses;

<p><u>Comunicar</u> Capacitação da equipe para abordar o paciente.</p> <p>Aumento do vínculo da equipe com o paciente</p>	<p>Equipe comprometida com o programa e fidelização da clientela e garantir vínculo entre a equipe e os usuários após a reorganização do processo de trabalho.</p>	<p>Pacientes que são avisados das atividades e dos programas propostos neste plano;</p> <p>Vínculo criado; População comprometida com o tratamento;</p> <p>Divisão das tarefas, orientações aos CAS e secretária para melhorar a abordagem, o convívio e comunicação.</p>	<p>Apresentar projeto</p>	<p>Enfermeiro e médico</p>	<p>Quatro meses para apresentação do projeto, e oito meses para finalização do projeto.</p>
--	--	---	---------------------------	----------------------------	---

Décimo passo: gestão do plano

Planilha de acompanhamento das operações/projeto para enfrentamento do problema Alta prevalência de obesidade na equipe II do centro de saúde Independência em Belo Horizonte/MG					
Operação : <u>Exercitar</u>					
Coordenação: Médico da equipe II/ Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Respon sável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa legal de exercício e caminhada; "Programa correr " Campanha educativa na rádio local	Educador físico	3 meses para início das atividades	Projeto apresentado aos profissionais do NASF e equipe II		
Operação : <u>Zero caloria</u>					
Coordenação: Secretaria/Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Respon sável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa alimento verde: criação da horta de verdura pelos usuários voluntários Programa verde é legal: Troca de verduras entre os usuários obesos	Nutricionista	2 meses para início das atividades	Usuários:alvo projeto identificadas; Projeto definido e elaborado(comunicar por escrito cada atividade) Projeto apresentado à equipe II		
Operação <u>Descobrir a obesidade</u>					
Coordenação: Enfermeiro /Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Respon sável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa receita diet: Estimular o paciente obeso a disponibilizar receitas com baixo valor calórico para serem trocadas nas reuniões dos grupos operativos. Programa palestra ligh:	Médico	9 meses	Projeto de avaliação elaborado; Aulas e palestras prontas		

A cada reunião cada usuário informa seu "prato trocado".					
Operação: Comunicar Coordenação: Médico					
Produtos	Responsável	Prazo	Prazo Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Pacientes que são avisados das atividades e dos programas propostos neste plano;</p> <p>Vínculo criado; População comprometida com o tratamento;</p> <p>Divisão das tarefas, orientações aos ACS e secretária para melhorar a abordagem, o convívio e comunicação</p>	ACS	Quatro meses para apresentação do projeto, e oito meses para finalização do projeto	Programa de capacitação elaborado; ACS sendo capacitados;	Atraso na organização da comunicação com o usuário. Atividades da equipe para promoção do vínculo iniciada.	Início em 1 mês

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para esta proposta, foi realizada a análise situacional e a partir dos problemas enfrentados na área de abrangência da equipe, selecionou-se o problema que a equipe consegue intervir no momento e foi possível refletir sobre como seu processo de trabalho o qual deve ser reorganizado para procurar resolver o problema do obeso adscrito. Para esta intervenção o problema utilizado, foi a alta prevalência da obesidade, sendo que a mesma proposta servirá de modelo para que a equipe proponha outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados neste trabalho.

Espera-se que esta proposta de Intervenção auxilie na redução do Índice de Massa Corpórea dos adultos obesos que desconhecem sobre atividades auxiliares para a perda de peso que vivem no território da equipe II do centro de saúde Independência em Belo Horizonte, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos mesmos através do acompanhamento sistemático dos pacientes, bem como das atividades preventivas propostas. A partir da sua implantação, o trabalho da equipe será melhor distribuído, pela melhor relação entre a mesma com usuários através do fortalecimento do vínculo e comunicação especialmente com os usuários obesos, que farão parte desta intervenção, garantindo sua participação em cada etapa.

REFERENCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** 4ª. ed. 244 p. Rio de Janeiro. 2011

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

BASTOS, Silvia; BONFIM, José Ruben de Alcântara. Obesidade nas mulheres e o uso de anoréticos no Brasil. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 42, ago. 2007 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília. 2014

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COUTINHO, P.C.G; TORAL. N.A desnutrição e obesidade no Brasil:

Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. 3ª.ed. - Itapevi, SP. 2009.

FANDIÑO, et.al.Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **R. Psiquiatr. RS.** v. 26, n. 1, p. 47-51. 2004

FRANCISCHI, Rachel Pamfílio Prado de et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, Apr. 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(IBGE). 2014

LUCIANA O.; RACHEL P. DE; LANCHÁ JR., Antonio H., Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 111-127, Apr. 2003 .

MARIATH, Aline Brandão et al . Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, , v. 23, n. 4, p. 897-905, Abr. Rio de Janeiro 2007

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 3, p. 173-182. 2004 .
o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24n. 2, p. 332-340. 2008.

Prefeitura de Belo Horizonte – intranet (26/05/2014)

ROSINI, T. C., SILVA, A. S. R., MORAES, C. Obesidade induzida por consumo de dieta: modelo em roedores para o estudo dos distúrbios relacionados com a obesidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 3, p. 383-387. 2012

SILVEIRA, Erika Aparecida da et al. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 235-245, Feb. 2005 .

SOUZA, et. al. Prevalência de Obesidade e Fatores de Risco Cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, vol. 47, n. 6, p. 669. Dez. 2003.

TAVARES, T. B., NUNES, S. M., SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev. Med. Minas Gerais**; v. 20, n. 3, p. 359-366. 2010.

VENTURINI, Carina Duarte et. al. . Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, , v. 16, n. 3, p. 591-601, Set. Rio de Janeiro. 2013 .