

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Clarisse da Cunha Melo

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA
OBESIDADE NO DISTRITO RURAL BAIXA QUENTE NA CIDADE DE ARAÇUAÍ**

Araçuaí/ Minas Gerais

2020

Clarisse da Cunha Melo

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA
OBESIDADE NO DISTRITO RURAL BAIXA QUENTE NA CIDADE DE ARAÇUAÍ**

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

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

Araçuaí / Minas Gerais

2020



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 7 dias do mês de Novembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **CLARISSE DA CUNHA MELO** intitulado “PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA PREVALÊNCIA DA OBESIDADE NO DISTRITO RURAL BAIXA QUENTE NA CIDADE DE ARAÇUAÍ.”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr. MARCIA CHRISTINA CAETANO ROMANO e Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 77.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia sete do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 28 de outubro de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 29/10/2021, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1049615** e o código CRC **35E2821E**.

RESUMO

A obesidade configura-se como uma situação complexa de agravo à saúde, gerada por uma série de fatores que levam à problemas de ordem sistêmica no indivíduo. Os principais fatores relacionados à etiologia do problema são a diminuição da atividade física e o sedentarismo associado à dieta inadequada, logo, fatores preveníveis. O presente trabalho tem como objetivo apresentar o projeto de intervenção para reduzir a prevalência da obesidade na comunidade atendida pelo PSF Baixa Quente, em Araçuaí, Minas Gerais. Foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema obesidade, no *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO) e páginas oficiais de órgãos governamentais. Foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Espera-se que, com a realização dos projetos propostos: Projeto Comer Bem para Viver Melhor/Projeto Prato Colorido e Projeto Vida Ativa, a taxa de obesidade na população adscrita diminua e, conseqüentemente, melhore a qualidade de vida e de saúde da população.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Obesidade.

ABSTRACT

Obesity is configured as a complex health problem, generated by a series of factors that lead to systemic problems in the individual. The main factors related to the etiology of the problem are the decrease in physical activity and the sedentary lifestyle associated with an inadequate diet, therefore, preventable factors. This paper aims to present the intervention project to reduce the prevalence of obesity in the community served by PSF Baixa Quente, in Araçuaí, Minas Gerais. A review of the literature on the subject of obesity was carried out in the Scientific Electronic Library On Line (SciELO) and official pages of government agencies. The simplified method of Situational Strategic Planning (PES) was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. It is expected that, with the completion of the proposed projects: Eat Well to Live Better Project / Colorful Plate Project and Active Life Project, the obesity rate in the registered population will decrease and, consequently, improve the quality of life and health of the population.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Obesity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Aspectos gerais do município	07
1.2 Aspectos da comunidade	08
1.3 O sistema municipal de saúde	09
1.4 A Unidade Básica de Saúde Baixa Quente	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Baixa Quente, da Unidade Básica de Saúde Baixa Quente	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Baixa Quente	12
1.7 O dia a dia da equipe Baixa Quente	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Obesidade: aspectos conceituais e epidemiológicos	19
5.2 Causas, Prevenção, tratamento e Combate da Obesidade na Atenção Primária à Saúde	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	23
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A localização do Município de Araçuaí, no espaço geográfico do estado de Minas Gerais, está na região nordeste, em uma área denominada Médio Jequitinhonha, totalizando uma área de 2.326 Km² que contempla a zona urbana e 70 comunidades rurais (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ, 2019).

Por volta de 1830, o município, era um arraial às margens direita do encontro dos Rios Calhauzinho com o Rio Araçuaí, originando o então nome Calhau. No ano de 1857, o arraial tornou-se a vila cujo nome era Arassuahy, mais tarde escrito como Arassuaí e atualmente Araçuaí. Em 1890 o município era o quinto maior do Estado, com uma área territorial do município era de 23.298 Km² (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ, 2019).

No censo de 2010, Araçuaí tinha uma população de 36.013 habitantes e estimativa para 2019 de 36.708. Em relação ao território e ambiente tem 38.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 53.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5.3% destes em vias públicas com presença de bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2019).

A economia do município está baseada nos seguintes setores: setor de prestação de serviços, atividades industriais (mineração) e agropecuária (cana, feijão, mandioca, milho, banana, manga, coco, bovinos, aves, equinos e caprinos) (IBGE, 2019).

O setor agrícola contribui pouco para a geração de riquezas devido a baixa capacidade de agregação de valor à produção e aos baixos índices de produtividade. A exploração mineral na região é significativa, mas acontece de forma artesanal e informal sem a preocupação com o meio ambiente e sem agregar qualquer valor à matéria prima.

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores: Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 80%; Crianças em idade escolar fora da escola: 15%. Possui 20 escolas estaduais e municipais (incluindo rurais), duas escolas particulares.

O Quadro 1, a seguir, aponta a distribuição da população. de Araçuaí entre área urbana e rural por faixa etária.

Quadro 1 – Distribuição da população de Araçuaí entre área urbana e rural por faixa etária, em 2010

Idade (anos)	> 1	1 a 4	5 a 9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	> 60	Total
Área Urbana	138	1.799	1.830	2.611	2.821	2.560	4.502	3.801	2.980	23.042
Área Rural	122	1.188	1.147	1.103	1.178	923	3.401	3.020	1.913	13.995
Total	260	2.987	2.977	3.714	3.999	3.483	7.903	6.821	4.893	37.037

Fonte: Autoria própria

1.2 Aspectos das Comunidades

As comunidades rurais atendidas pelo Programa Saúde da Família (PSF) Baixa Quente são, além da comunidade Baixa Quente, as comunidades do Curutu, Córrego Narciso, Aguada Nova, São Pedro, Tesouras de Cima, Tesouras do Meio, Samambaia, Córrego Fundo, Calhauzinho e Passagem da Goiaba que compõe juntas cerca de 2.041 habitantes.

O nível de alfabetização gira em torno de 54% com alta prevalência de pessoas sem nenhum grau de escolaridade e a taxa de habitantes emprego é de 32% predominando lavradores, por ser zona rural, e o setor de prestação de serviços.

A comunidade ainda conta com quatro escolas, quatro igrejas, pequenos mercados de alimentos e bebidas alcoólicas. A maior parte da população conta com

uma rede de fornecimento de energia elétrica e utiliza água proveniente da chuva, alguns moradores recebem água da Copasa e outros através de caminhão pipa.

Do ponto de vista socioeconômico, a base de renda da população rural dessas comunidades se centra na agricultura de subsistência que visa suprir as necessidades alimentares das famílias rurais. São cultivados inúmeros tipos de produtos agrícolas como arroz, feijão, milho, soja, mandioca, batata, tomate, pequi, especiarias, frutas como banana, manga, goiaba, caju, além de hortaliças, fumo, entre outros. Após suprir as necessidades, o excedente é vendido na feira semanal ocorrida aos sábados na cidade de Araçuaí. Há também outras atividades econômicas como a de prestação de serviços formal e informal como faxineiras, cuidadoras, pedreiros, entre outros.

No distrito rural principal contamos com a Escola Estadual Bom Jesus da Aguada Nova localizada no povoado da Baixa Quente que atende os alunos do ensino fundamental e médio.

A escola sofreu recentemente uma reforma completa em todas as suas dependências e conta no momento com novas salas de aula, um novo refeitório, novos banheiros, construção de banheiros adaptados para deficientes físicos, laboratório de informática, espaço para recreação, quadra de futsal, horta comunitária, sala da diretoria, sala dos professores, dispensa e almoxarifado.

A estrutura de saneamento básico nas comunidades deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao sistema de tratamento e fornecimento de água, ao sistema de tratamento de esgoto e à coleta de lixo.

Grande parte da comunidade vive em moradias bastante precárias feitas de pau-a-pique (vigas de bambu, amarradas entre si por cipós preenchidos com barro) e adobe (tijolos de terra crua, água e palha) que podem alojar em rachaduras e frestas o “famoso” barbeiro, inseto que pode conter o protozoário transmissor do Mal de Chagas, (*Trypanosoma cruzi*) se tornando um problema de saúde pública.

1.3 O sistema municipal de saúde

A cidade de Araçuaí é sede da microrregião de saúde, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar.

Cerca de 90% da população do município são completamente dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para prestar o atendimento o município conta com 13 Unidades Básicas de Saúde da Família (USF), sendo uma delas localizada no PSF Baixa Quente, na zona rural no qual atua.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Nº 06, de 01/02/1994, é composto por 32 membros, sendo 16 titulares e 16 suplentes: oito representantes dos Segmentos de Usuários, dois representantes dos Prestadores de Serviços, quatro representantes dos Trabalhadores da Saúde e dois representantes do Gestor. As reuniões acontecem mensalmente.

A rede básica do município é composta por 13 equipes de PSF sendo que cinco estão na zona rural e oito na zona urbana, cobrindo 76,54% da população, e três equipes de Saúde Bucal, sendo duas equipes funcionam em Unidade Básica de Saúde (UBS) e a outra localizada no Centro Especializado Odontológico (CEO) na unidade básica localizada no Alto Mercado.

A atenção multidisciplinar é feita por uma equipe do NASF que serve de apoio às equipes de saúde. A equipe multidisciplinar é composta por: um nutricionista, quatro psicólogas, cinco fisioterapeutas, uma farmacêutica, uma fonoaudióloga.

O Hospital São Vicente de Paulo de Araçuaí, fundado em 1939, consolidou-se como referência em saúde secundária na microrregião pela estrutura física, a localização geográfica e série histórica, oferece 71 leitos disponíveis para o SUS, distribuídos em: três para obstetrícia cirúrgica, nove para obstetrícia clínica, uma para pediatria cirúrgica, uma para pediatria clínica seis para cirurgia geral, dois para ginecologia, seis para cardiologia, 24 para clínica geral e nove para neonatologia. Possui ainda, sala de parto, bloco cirúrgico, laboratório de patologia clínica e oferece o serviço de Raio X.

A Policlínica Municipal conta o atendimento de 10 médicos entre clínicos gerais e especialistas perfazendo mais o menos um total de 1.100 consultas mês. Na Policlínica Municipal também localiza o laboratório de patologia clínica próprio do município e a farmácia municipal que oferece medicamentos gratuitos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cidade ainda conta com um Centro de Apoio Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS- AD) e um Centro de Apoio Psicossocial II (CAPS- II) que atende a microrregião com aproximadamente 1080 usuários prestando atendimento também em conjunto com as ESF.

O município tem convênio com o Consorcio Intermunicipal do Médio Jequitinhonha (CISMEJE) que oferece atendimento de especialistas como cardiologista, neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, radiologista, urologista, nefrologista, psiquiatria, ortopedista e dermatologista.

Pelo Plano Diretor de Regionalização de 2004 foi criado o sistema organizado em redes de atenção a saúde de forma que Araçuaí é Polo Regional Assistencial da microrregião de saúde das cidades de Virgem da Lapa, Coronel Murta, Berilo, Francisco Badaró e Jenipapo de Minas e cidade integrante dos Polo Macrorregional de Saúde de Diamantina. Essa organização garante um fluxo multidirecional de atenção à saúde para a população do território para garantindo os atendimentos das demandas de atenção secundária e terciária de saúde para a população da região.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Baixa Quente

O Programa de Saúde da Família Baixa Quente possui estrutura própria, e sua unidade sede fica a 15 km do município de Araçuaí, no distrito Baixa Quente - zona rural da cidade. A Unidade Básica foi construída em 2015 e seu projeto e construção foram baseados nas normas e diretrizes de estabelecimentos de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde. Dispõe de sala de recepção, sala de espera, sala de acolhimento, sala de vacina, sala de nebulização, sala de observação, sala de pequenos procedimentos e curativos, farmácia (inativa), sala de atendimento médico, sala de atendimento da enfermagem, sala de atendimento odontológico, sala de reunião, sala dos agentes de saúde, sala da coordenação, sala de estudos, cozinha, banheiro dos funcionários, 2 banheiros para usuários (feminino e masculino), sala de esterilização, almoxarifado, depósito de material de limpeza (DML) e dispensa.

Dispomos de variados equipamentos como: estetoscópio, esfignomamômetro, glicosímetro, termômetro, otoscópio, fita métrica, balança para adultos, balança infantil, aparelho sonar, nebulizador, material de uso odontológico, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos além de cinco macas, uma mesa ginecológica e uma mesa de atendimento odontológico.

Atualmente a unidade atende um total de 2041 habitantes correspondente às 584 famílias, divididas em sete microáreas e sete pontos de apoio sendo:

Microárea 1: Baixa Quente

Microárea 2: Barra do Curuto e Barra do Córrego Narciso

Microárea 3: Aguada Nova e Curutu

Microárea 4: Comunidade São Pedro e Córrego Narciso

Microárea 5: Tesouras de Cima e Samambaia

Microárea 6: Tesouras do Meio e Barra das Tesouras

Microárea 7: Córrego Fundo, Calhauzinho e Passagem da Goiaba

Apesar de inúmeros problemas com a infraestrutura dos pontos de apoio (Microáreas 2, 3, 4, 5, 6 e 7), muitas vezes adaptados de antigas escolas desativadas, o acesso à saúde sofreu drásticas melhorias nos últimos anos impactando na melhoria da assistência e dos indicadores de saúde.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Baixa Quente da Unidade Básica de Saúde Baixa Quente

A Equipe de Saúde da Família Baixa Quente é formada pelos profissionais apresentados a seguir: uma médica, uma enfermeira, um técnico (a) de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico (a) de saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde e uma recepcionista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Baixa Quente

A Unidade de Saúde Baixa Quente funciona das 7h00 às 11h00 h e das 13h00 às 17h00 h e de segunda às sextas-feiras. Para tanto conta com uma recepcionista que além de orientar a chegada de pacientes com horário agendado, faz a gestão da agenda, presta apoio na organização, arquiva documentos, prontuários, esclarece dúvidas ou direciona as perguntas para outros profissionais, recebe ligações, faz o controle de suprimentos (materiais do consultório, limpeza e copa), envia e recebe produtos, controla as chaves e registra informações e recados.

1.7 O dia a dia da equipe Baixa Quente

A organização do processo de trabalho é colegiada entre toda equipe, em uma reunião mensal, onde ocorre a discussão de questões administrativas, monitoramento e diagnóstico constante do território com atualização de dados coletados pelos agentes de saúde, monitoramento das ações da equipe com a elaboração de um

cronograma detalhado com programação diária de atendimentos na sede do PSF Baixa Quente e nos pontos de apoio (uma vez ao mês em cada ponto de apoio). Esse cronograma ainda inclui dias de atendimento pré-natal, puericultura, hebicultura, senicultura, dia de atendimento de hipertensos e diabéticos, contemplando atenção à demanda espontânea e dia de visitas domiciliares.

Os agentes de saúde comunitários se revezam durante a semana na unidade segundo uma escala de atividades relacionadas às visitas domiciliares, coleta de dados, renovação de receitas e relatórios semanais.

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

Em relação à elaboração do plano de ações, o primeiro passo foi a identificação dos problemas. Foram identificados os seguintes problemas de saúde:

- A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são as principais causas de morbidade da área e infelizmente temos baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas ao controle e seguimento pela atenção primária;
- Alta prevalência de obesidade em diferentes grupos etários, incluindo infantil;
- Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão;
- Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos;
- Dificuldade de acesso à zona rural;
- Infraestrutura deficiente em pontos de apoio;
- Dificuldade para realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos municipais;
- Destino final inadequado de os lixos e dejetos humanos;
- Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada;

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

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Baixa Quente, Unidade Básica de Saúde Baixa Quente, município de Araçuaí, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Prevalência elevada de obesidade em diferentes grupos etários	Alta	9	Parcial	1
Baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas	Alta	8	Parcial	2
Prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão	Alta	7	Parcial	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	7	Parcial	3
Dificuldade de acesso à zona rural	Alta	5	Fora	6
Infraestrutura deficiente	Alta	6	Fora	5
Dificuldade para realização de exames laboratoriais	Alta	8	Fora	4
Destino final inadequado de os lixos e dejetos	Alta	8	Fora	4
Abastecimento e tratamento insuficiente de água	Alta	8	Fora	4

Fonte: Autoria própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A análise do Quadro 2 se baseou nos critérios de importância, urgência e quanto à capacidade de enfrentamento da equipe. Primeiramente, observa-se que todos os problemas identificados no PSF Baixa Quente possuem alta importância. Quanto à urgência, o problema relativo à “prevalência da obesidade em diferentes grupos etários” foi o item apontando como o mais urgente. Na sequência observamos a “baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas”, “dificuldade para realização de exames laboratoriais”, o “destino final inadequado de os lixos e dejetos” e “abastecimento e tratamento insuficiente de água”. Por último, temos a “prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão”, o “uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos” e a “dificuldade de acesso à zona rural”. Ao observar a capacidade de enfrentamento muitos problemas foram excluídos da seleção uma vez que as medidas necessárias para a solução do problema em questão estão fora das possibilidades de atuação da equipe de saúde.

Essa análise permite inferir que dentre os problemas descritos, a obesidade é o tema prioritário a ser estudado devido a sua alta importância e urgência com capacidade de enfrentamento parcial, sendo uma patologia/problema prevalente na

comunidade em questão e que leva às consequências clínicas das mais diversas o que a torna a primeira escolha da seleção/priorização.

2 JUSTIFICATIVA

A obesidade tornou-se, nos últimos anos, um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. A questão do excesso de peso e os problemas relacionados a ele são atualmente um grande desafio e infelizmente o assunto ainda não é abordado de forma adequada (LAMOUNIER; PARIZZI, 2007).

No PSF Baixa Quente é uma patologia muito prevalente na comunidade em questão e leva a consequências clínicas das mais diversas o que a torna um tema de alta importância, necessidade e urgência pelos crescentes casos na comunidade.

A partir do diagnóstico situacional realizado na Comunidade Baixa Quente, zona rural do município de Araçuaí, a obesidade e o sedentarismo foram eleitos como problema prioritário a ser enfrentado pela equipe de saúde. O Plano de intervenção propõe estratégias de enfrentamento aos problemas, com propostas de prevenção e controle de complicações clínicas devido ao sedentarismo e à obesidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para reduzir a prevalência da obesidade na comunidade atendida pelo PSF Baixa Quente, em Araçuaí, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Propor práticas alimentares mais saudáveis;
2. Propor práticas de atividade física rotineiras;
3. Propor acompanhamento de pacientes obesos por equipe multidisciplinar;
4. Propor acompanhamento de pacientes com compulsão alimentar por equipe multidisciplinar.

4 METODOLOGIA

Para realização deste projeto de intervenção foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reunião com equipe do ESF Baixa Quente com a coleta de dados por microárea realizada pelos agentes de saúde, com posterior processo e análise.

O Planejamento Estratégico Situacional é uma metodologia baseada na interlocução de diversos atores sociais envolvidos em um problema. Busca, através da opinião de diversos interessados, uma proposta viável, baseada na corresponsabilidade, articulação e participação em todas as etapas do processo, visando a criação e efetivação de práticas de saúde eficientes e resolutivas. Neste trabalho foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para o embasamento teórico da proposta foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema obesidade, no *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO) e páginas oficiais de órgãos governamentais. Os descritores utilizados incluem: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde e Obesidade.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Obesidades: Aspectos conceituais e epidemiológicos

O termo obesidade, na sociedade contemporânea, vem se tornando objeto de estudos, a cada dia mais relevantes, em nossa sociedade. As mudanças socioeconômicas na estrutura da população brasileira, decorrentes de processos de urbanização, da globalização e dos progressos trazidos pela tecnologia impactaram nos hábitos diários e no comportamento das pessoas (FERNANDES; PENHA; BRAGA, 2012).

A obesidade é definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em uma proporção que gera consequências danosas ao organismo humano e à saúde do indivíduo, acarretando alterações endócrinas, metabólicas, cardiovasculares e do aparelho locomotor. Constitui-se, portanto, como um importante fator de risco para patologias potencialmente letais como, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, síndrome de apneia obstrutiva do sono, afecções ostomioarticulares e até mesmo alguns tipos de câncer. Entre as complicações que podem acontecer em decorrência dos quadros de obesidade, destacam-se os problemas respiratórios, dermatológicos e ortopédicos e nos casos mais graves, a síndrome metabólica (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; PORTO et al., 2019).

O diagnóstico da obesidade é realizado a partir do parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) - o *body mass index* (BMI) ou índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)² dos indivíduos. Através deste parâmetro, são considerados obesos os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor igual ou superior a 30 kg/m².

O IMC não mede apenas a obesidade. A classificação é realizada, com diferentes pontos de corte, variando com sexo e idade, idade gestacional em mulheres grávidas e idosos. Um indivíduo, a depender do valor obtido no cálculo do IMC, poderá ser classificado em: desnutrido (baixo peso); eutrófico (peso adequado); sobrepeso (peso acima do adequado) e obeso (BRASIL, 2014).

Sabe-se que em todo o mundo 650 milhões de pessoas estavam obesas, sendo que 39% de adultos estavam com sobrepeso e 13% com obesidade no ano de 2016 (WHO, 2020).

No Brasil, pesquisa realizada em 2018, mostrou que houve um aumento na prevalência de pessoas obesas de 67% entre 2006 e 2018 (BRASIL, 2019). Dados demonstram um aumento alarmante dos casos de obesidade, podendo se transformar em uma pandemia mundial. As estatísticas demonstram um acometimento cada vez maior de crianças e adolescentes em idade escolar, gerando consequências diretas no desenvolvimento das habilidades de aprendizagem motora e no processo de crescimento físico (FERNANDES; PENHA; BRAGA, 2012).

5.2 Causas, Prevenção, tratamento e Combate da Obesidade na Atenção Primária à Saúde

As causas da obesidade não são completamente conhecidas. Há algumas hipóteses consensuais no aumento da incidência e prevalência da doença em todo o mundo. Como fatores associados incluem-se a possibilidade da influência genética determinar a susceptibilidade do indivíduo à obesidade, com a potencialização por fatores ambientais; a diminuição dos esforços físicos e redução de atividades físicas com menos gasto energético, aliados ao aumento progressivo na densidade energética das dietas com menor consumo de fibras e maior consumo de açúcares e gorduras; sequela de desnutrição devido ao baixo consumo de proteína (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

As mudanças na dinâmica familiar, nos hábitos cotidianos influenciados pelas modificações sociais e econômicas e pelo avanço da tecnologia, ampliaram o sedentarismo e o acesso aos alimentos ultra processados, diminuindo o gasto calórico antes obtidos nas atividades físicas inerentes às pessoas e aumentaram o consumo de alimentos com muitas calorias (FERNANDES; PENHA; BRAGA, 2012).

Os hábitos da vida moderna têm gerado uma mudança no perfil alimentar e na forma como os indivíduos se movimentam. A inatividade é uma constante, com o uso excessivo de aparelhos tecnológicos como a televisão, videogames e celulares como fontes de lazer e entretenimento; o uso de automóveis, escadas rolantes como forma de deslocamento (PORTO et al., 2019).

Um estudo realizado por Fernandes; Penha; Braga (2012) demonstra que a taxa de sobrepeso e obesidade entre crianças no Brasil vem apresentando aumento gradativo nos últimos anos em decorrência de hábitos sedentários e aumento da ingestão de alimentos calóricos. Ao testarem o desempenho físico de crianças de seis a dez anos de idade em três escolas públicas, houve melhor desempenho das crianças eutróficas, em todos os testes. As categorias pesquisadas foram: flexibilidade, salto horizontal, corrida de 50 m. Esses resultados apontam que o sobrepeso interfere em atividades cotidianas das crianças como correr, saltar e pular.

É importante ressaltar que, na contemporaneidade, o consumo de bebidas açucaradas tem sido investigado como determinante do aumento de IMC entre adolescentes, demonstrando que a ingestão desses alimentos é cada vez mais exacerbada, podendo impactar a saúde em geral (CAFÉ; et al., 2018).

Determinar com precisão os fatores determinantes da obesidade é tarefa ainda difícil, sobretudo em consequência da grande variabilidade individual no consumo energético e da atuação em conjunto de variados fatores na definição clínica da doença. Considera-se que os fatores genéticos são importantes para a determinação da distribuição da gordura no corpo, sobretudo nas vísceras, não sendo antagônicos aos fatores ambientais. Estes são predominantes na evolução da doença, correspondendo à 66 % na variação do IMC (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

O tratamento da obesidade é baseado na mudança de hábitos alimentares e na atividade física e, em casos graves intervenções medicamentosas e cirúrgicas podem ser necessárias. A prática de atividade física é necessária em todas as idades como forma de preservar a qualidade de vida. Sendo que a inatividade é considerada um grande fator predisponente para a obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (PORTO et al., 2019).

Considerando que os hábitos alimentares são originários de fatores socioambientais, a abordagem do problema precisa considerar fatores além do próprio indivíduo, abordando tanto questões físicas quanto psicológicas. A importância da atividade física, orientação sobre alimentação saudável e mudança de hábitos cotidianos através de ações de conscientização físico (FERNANDES; PENHA; BRAGA, 2012).

A prevenção e o controle da obesidade devem envolver uma rede de atenção à saúde com articulações interdisciplinares para garantir uma vigilância nutricional adequada e propor ações que favoreçam hábitos saudáveis de vida. Nessa direção, estabelecem-se ações intersetoriais para favorecer a preservação e o cultivo de uma qualidade de vida autônoma e responsável (BRASIL, 2014). Destaca-se que abordagens inovadoras em educação em saúde necessitam ser analisadas e implementadas, suprimindo o método tradicional e buscando metodologias ativas. Jogos educativos são exemplos de ferramentas que podem ser utilizadas para mudança de comportamento no combate do excesso de peso (OLIVEIRA; et al., 2018).

Para lidar com esse grande agravo à saúde da população brasileira é de fundamental importância de um modelo de atenção à saúde que efetivamente coloque em prática ações de prevenção, promoção da saúde e tratamento da obesidade. As diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição norteiam a importância do cuidado integral à pessoa com sobrepeso. A normativa é de que aconteça no cotidiano dos serviços de saúde, ações de promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância nutricional e alimentar sempre com o intuito de estimular hábitos e vida mais saudável (BRASIL, 2014). Além disso, necessita-se considerar os diversos cenários em que o excesso de peso está presente. Não apenas no meio urbano, uma vez que tal agravo também vem aumentando nos ambientes rurais do país (LAGARES; RESENDE; ROMANO, 2019).

Ao elaborar planos de tratamento da obesidade faz-se necessário estruturar ações de prevenção e controle da obesidade, focadas no indivíduo, e considerando a importância primordial da família e da comunidade, em seu contexto de vida, propondo mudanças que possam ser mantidas a longo prazo. As ações necessitam de saberes interdisciplinares e multiprofissionais (BRASIL, 2014).

Por fim, ressalta-se a importância de ações amplas de toda a sociedade no sentido de buscar leis e regulamentações que favoreçam o aumento do consumo de alimentos adequados e saudáveis e a redução do consumo de produtos industrializados (GUIMARÃES; PEREIRA, 2020).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “prevalência elevada de obesidade em diferentes grupos etários”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Após observação da população atendida em consulta, descobrimos a existência de elevada prevalência de pacientes obesos em nossa comunidade adscrita.

Segundo o levantamento interno de dados, em Abril de 2014 havia 348 obesos cadastrados na área de abrangência.

Desta maneira, definimos como problema prioritário a ser tratado na Comunidade da Zona Rural Baixa Quente, situada no município de Araçuaí – MG é a obesidade.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

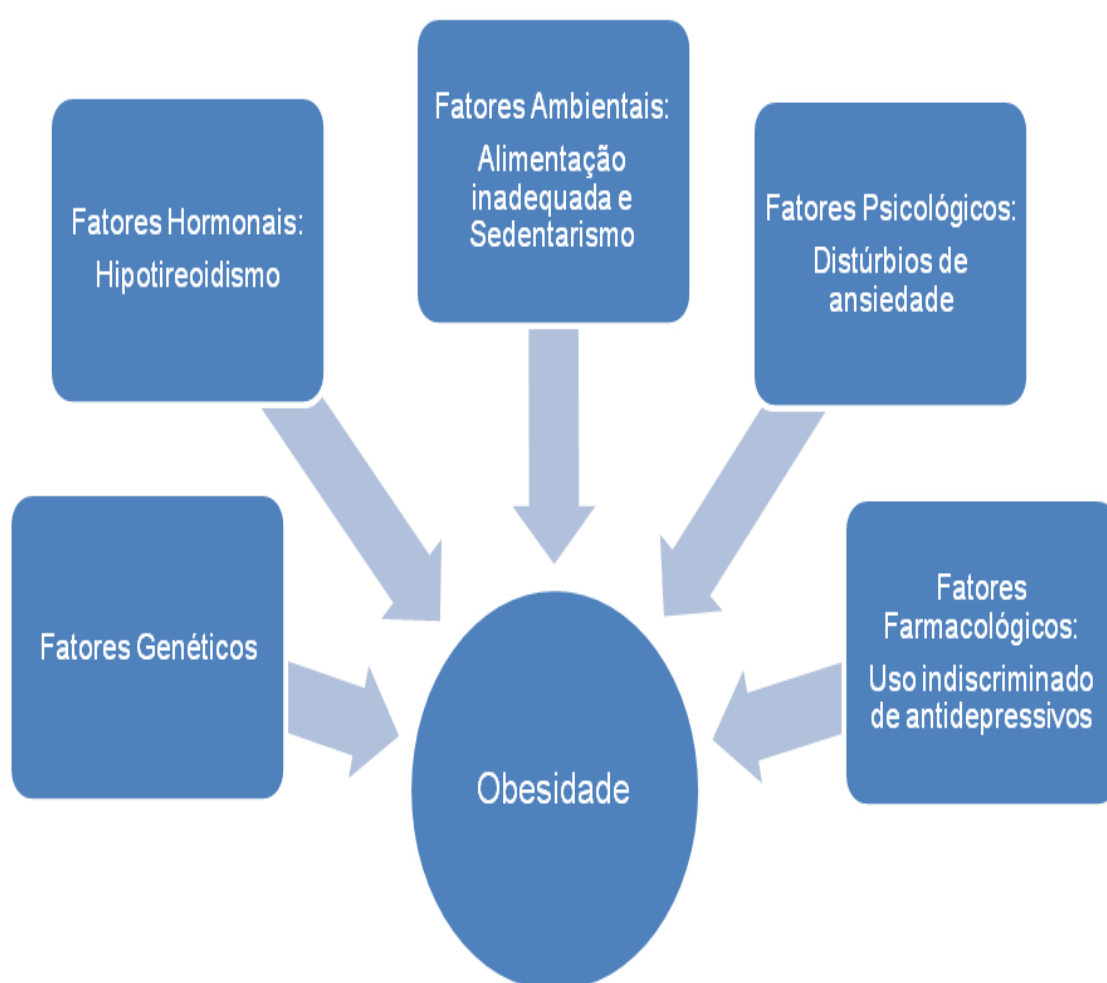
O quadro de obesidade é determinado pelo excesso de gordura corporal a nível subcutâneo que gera um comprometimento sistêmico na saúde dos indivíduos. Causada por um entrelaçamento de múltiplos fatores, a obesidade é uma doença que compromete todo o organismo, podendo gerar outros transtornos metabólicos como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias (LAMOUNIER; PARIZZI, 2007; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; PORTO et al., 2019).

O índice de massa corporal (IMC) é a definição do parâmetro amplamente utilizado e conhecido, para diagnosticar quadros de obesidade, baseado em índices antropométricos. A Organização Mundial da Saúde definiu o IMC como sendo a relação entre peso corpóreo (Kg) e o quadrado da estatura (metros) de um indivíduo. Cabe aqui ressaltar a necessidade do diagnóstico clínico, baseado no

excesso de gordura subcutânea, para definir o quadro de cada pessoa (LAMOUNIER; PARIZZI, 2007).

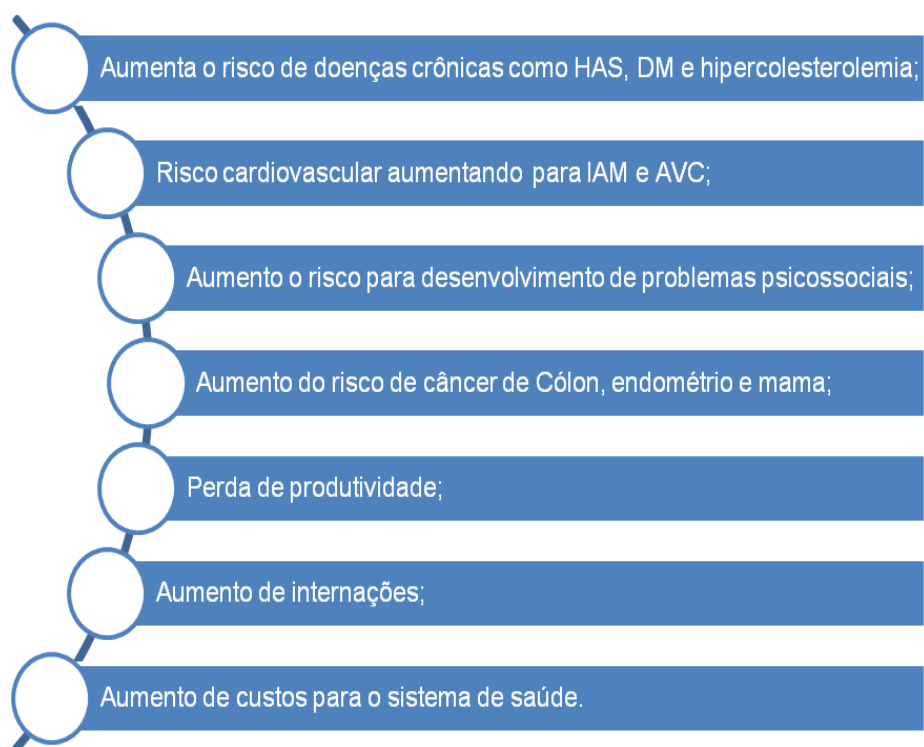
Na literatura, existe um consenso de que a etiologia da obesidade é bastante complexa, apresentando um caráter multifatorial. Envolve, portanto, uma gama de fatores, incluindo os históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; PORTO et al., 2019).

Diagrama 1: Etiologia da obesidade



Fonte: GUIMARÃES, 2017.

Diagrama 2: Consequências da obesidade



Fonte: GUIMARÃES, 2017.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os seguintes problemas foram identificados como nós críticos através do diagnóstico situacional:

1. Alimentação inadequada da população adulta e infantil;
2. Sedentarismo.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 1” referente ao problema Prevalência elevada de obesidade em diferentes grupos etários, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Baixa Quente, do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Alimentação Inadequada da População Adulta e Infantil
Operação (operações)	Atuar na orientação sobre alimentação saudável tanto para grupos de crianças quanto para grupos de adultos
Projeto	Projeto Comer Bem para Viver Melhor/ Projeto Prato Colorido
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização da população local sobre a importância de uma alimentação saudável e equilibrada; - Perda ponderal; - Melhora da qualidade de vida; - Prevalência de obesidade diminuída; - Prevalência de doenças crônicas diminuída
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Ação nas comunidades abordando aspectos da alimentação saudável; - Grupos operativos com vídeos educativos e receitas práticas com alimentos saudáveis; - Elaboração de cartilhas de alimentação saudável; - Campanha educativa em canais de divulgação de amplo alcance; - Orientações básicas e entrega de cartilha durante as consultas de rotina; - Ação nas escolas abordando aspectos da alimentação saudável; - Teatro educativo.
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Informação sobre o tema para elaboração do projeto;</p> <p>Organizacional: Agendar eventos, palestras e reuniões;</p> <p>Político: Obtenção de canais de divulgação gratuitos e de amplo alcance (por ex.: rádio e periódicos) e contato com secretaria de educação para ação nas escolas;</p> <p>Financeiro: Recursos financeiros para impressão da cartilha, folhetos educativos, etc e recursos para a compra de alimentos naturais e saudáveis.</p>
Viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Político: Obtenção de canais de divulgação gratuitos e de amplo alcance (por ex.: rádio e periódicos) e contato com secretaria de educação para ação nas escolas;</p> <p>Financeiro: Recursos financeiros para impressão da cartilha, folhetos educativos, etc e recursos para a compra de alimentos naturais e saudáveis.</p>
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Político: Rádios, Periódicos;</p> <p>Financeiro: Secretaria de Saúde.</p>
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Articulação com Secretaria de Educação e canais de divulgação gratuitos e de amplo alcance (rádio e periódicos)

	<p>Apresentar um projeto de apoio das instituições. Médica e Enfermeira da Equipe e ACS</p> <p>Três Meses</p>
<p>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</p>	<p>1º, 2º, 3º 4º mês: Fazer os contatos com os atores, apresentar o projeto, dispor de recursos, programar os eventos.</p> <p>5º, 6º, 7º, 8º e 9ºmês: Realizar ações programadas.</p> <p>10º, 11º e 12º mês: Finalização do projeto e escrita.</p>

Fonte: Autoria Própria

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” referente ao problema Prevalência elevada de obesidade em diferentes grupos etários, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Baixa Quente, do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Sedentarismo
Operação (operações)	Orientar as crianças e adultos sobre a importância da atividade física; Propor aos grupo caminhadas e outras atividades de acordo com a faixa etária;
Projeto	Projeto Vida Ativa
Resultados esperados	- Conscientização da população local sobre a importância de realizar atividades físicas; - Perda ponderal; - Melhora da qualidade de vida; - Diminuição da prevalência de obesidade; - Diminuição da prevalência de doenças crônicas; - Diminuição de problemas ligados a osteoartrose.
Produtos esperados	- Grupo Operativo: Vida ativa ; - Proporcionar lazer e desenvolver a integração em grupo; - Organização de Grupos de Alongamento e Caminhada com apoio do NASF; - Atividades físicas monitoradas por professor de educação física na academia popular (ao lado do PSF).
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre atividade física Organizacional: Agendar eventos, palestras e reuniões; Político: Contato com equipe do NASF para disponibilização do tempo em prol da campanha.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Contato com equipe do NASF para disponibilização do tempo em prol da campanha.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de Saúde Equipe do NASF.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Apresentar um projeto de apoio das instituições. Médica e Enfermeira da equipe Fisioterapeuta e profissional de educação física do NASF e ACS. Três meses
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	1º, 2º, 3º 4º mês: Fazer os contatos com os atores, apresentar o projeto, dispor de recursos, programar os eventos. 5º, 6º, 7º, 8º e 9ºmês: Realizar ações programadas. 10º, 11º e 12º mês: Finalização do projeto e escrita.

Fonte: Autoria Própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é um grave problema de saúde, além de ser fator predisponente para outros agravos e para uma série de doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo a diabetes e a hipertensão arterial. Políticas públicas de saúde baseadas na prevenção, promoção de saúde e conscientização da necessidade urgente de repensar os hábitos de saúde são necessárias para enfrentar o problema de sobrepeso e obesidade.

Considerando os dados epidemiológicos, ações estratégicas preventivas devem ser direcionadas prioritariamente aos adultos, mulheres com menor nível socioeconômico, devido à alta incidência nesse grupo.

Espera-se que, com a realização dos projetos propostos: Projeto Comer Bem para Viver Melhor, Projeto Prato Colorido e Projeto Vida Ativa, a taxa de obesidade na população adscrita diminua e, conseqüentemente, melhore a qualidade de vida e de saúde da população.

REFERÊNCIAS

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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

BRASIL Ministério da Saúde. **Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos**. Brasília: 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>

CAFE, Ana Carolina Corrêa et al . Consumo de bebidas açucaradas, leite e sua associação com o índice de massa corporal na adolescência: uma revisão sistemática. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 36, n. 1, p. 91-99, Mar. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000100091&lng=en&nrm=iso>. access on 22 July 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00010>.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 29 de jun. de 2019.

FERNANDES, M.M.; PENHA. D.S.G.; BRAGA, F, A. Obesidade infantil em crianças da rede pública de ensino: Prevalência e consequências para flexibilidade, força explosiva e velocidade. **Rev. Educ. Fis/UEM**, v. 23, n. 4, p. 629-634, 4. trim. 2012. DOI: 10.4025/reveducfis.v23.4.13991

GUIMARAES, Camila Blanco; PEREIRA, Camila Claudiano Quina. Infância e práticas alimentares: estudo bioético sobre vulnerabilidade e risco. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 28, n. 2, p. 288-296, June 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000200288&lng=en&nrm=iso>. access on 22 July 2020. Epub June 26, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282391>.

GUIMARÃES, R.O. **Proposta de controle da obesidade em pacientes adultos pertencentes à área de abrangência da estratégia saúde da família doutor Guimarães Rosa, em Itaguara, Minas Gerais**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017.

Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/111111/1/RAQUEL-OLIVEIRA-GUIMARAES.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Minas Gerais. Araçuaí. **Panorama**, 2019. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/araçuaui/panorama>>.

LAGARES, Erika Barbosa; RESENDE, Karolyne Araujo; ROMANO, Márcia Christina Caetano. Obesity in the rural area: relationship with maternal elements. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 796-810, mar. 2019. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238117>>. Date accessed: 22 July 2020. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a238117p796-810-2019>.

LAMOUNIER, J. A.; PARIZZI, M. R. Obesidade e saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1497-1499, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600027&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Jhonatan Fernando et al. Effect of educational software on adolescents. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 11, p. 3078-3088, nov. 2018. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237657>>. Date accessed: 22 July 2020. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a237657p3078-3088-2018>.

PINHEIRO, A. R. de O.; FREITAS, S. F. T. de; CORSO, A. C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, Dec. 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=en&nrm=iso

PORTO, T. N.R. et al. Prevalência do excesso de peso e fatores de risco para obesidade em adultos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Supl.22, e308, p.1-12, 2019. <https://doi.org/10.25248/reas.e308.2019>

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ. **História**. Disponível em: <https://www.aracuai.mg.gov.br/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics**: obesity. 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1