

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

MARILDA MENDES LUCENA

**Sobrepeso e Obesidade: uma realidade na Estratégia Saúde da
Família Vila Alexandre Mascarenhas / MG**

GOUVEIA – MG

2014

MARILDA MENDES LUCENA

**Sobrepeso e Obesidade: uma realidade na Estratégia Saúde da
Família Vila Alexandre Mascarenhas / MG**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

GOUVEIA – MG

2014

MARILDA MENDES LUCENA

**Sobrepeso e Obesidade: uma realidade na Estratégia Saúde da
Família Vila Alexandre Mascarenhas / MG**

Banca Examinadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof^a. Ivana Montandon Soares Aleixo

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por estar sempre presente.

Aos meus familiares pela presença constante.

De maneira especial ao meu amigo Rodrigo pela ajuda na realização deste trabalho.

Ao meu noivo pelo apoio.

Aos meus colegas da ESF Vila.

À minha orientadora pela colaboração. Enfim, a todos!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para motivar os obesos e portadores de sobrepeso da ESF Vila a adotarem hábitos saudáveis de vida como forma de minimizar os efeitos negativos da obesidade e melhorar a qualidade de vida. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: nível de informação; alimentação inadequada; estilo de vida sedentário e; processo de trabalho inadequado da equipe. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: palestras com objetivo de informar sobre os fatores de risco associados a obesidade e sobre hábitos saudáveis de alimentação; criação de grupos de caminhada para reduzir o número de sedentários e implantação de ações de monitoramento dos portadores de sobrepeso e obesidade para um melhor acompanhamento dos mesmos.

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

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop an action plan to motivate obese and overweight people in the Vila Family Health Strategy (FHS) to adopt healthy lifestyle habits in order to minimize the negative effects of obesity and improve the quality of life. In this study we selected the following critical node: information level; inadequate nutrition; sedentary lifestyle; improper work process of family health team. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: lectures in order to inform about obesity risk factors and healthy eating habits; creating "walking" groups to reduce the number of sedentary people; and implementation of measures for monitoring overweight and obesity for better counseling.

Keywords: obesity, overweight, lifestyle, primary attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila	20
Quadro 2	Descritores do problema “elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso”	21
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados	23
Quadro 4	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.	24
Quadro 5	Proposta de ação para motivação dos atores	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	Justificativa	09
1.2	Objetivo	10
1.3	Metodologia	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	Definição de obesidade e seus fatores de risco	12
2.2	Obesidade e co-morbidades	12
2.3	Diagnóstico da obesidade	15
2.4	Tratamento da obesidade	17
3	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	19
3.1	Território	19
3.2	Unidade de Saúde da Família de Vila Alexandre Mascarenhas	19
3.3	Plano de ação	20
3.3.1	Definição dos problemas	20
3.3.2	Priorização dos problemas	20
3.3.3	Descrição do problema selecionado	21
3.3.4	Explicação do problema	21
3.3.5	Seleção dos nós críticos	23
3.3.6	Desenho das operações	23
3.3.7	Identificação dos Recursos Críticos	24
3.3.8	Análise da Viabilidade do Plano	24
3.3.9	Gestão do Plano	25
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

Iniciei minha trajetória profissional na área da Saúde no ano de 2009 no Programa Saúde da Família na cidade de Gouveia, Minas Gerais, mas atualmente resido e trabalho na Vila Alexandre Mascarenhas, zona rural de Gouveia. A inserção nessa área proporcionou-me vivenciar o processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família e resolvi ingressar em 2011 no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como forma de buscar mais conhecimento e melhorar minha atuação dentro da equipe. Durante a disciplina “Planejamento e avaliação das ações em saúde” realizei um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila e percebi um elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso.

A obesidade pode ser definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de um balanço energético positivo (LESSA; MONTENEGRO, 2008). Os dois aspectos mais apresentados como relacionados a um quadro de balanço energético positivo têm sido mudanças no consumo alimentar e redução da atividade física (GARCIA, 1997). Desta forma, fica claro o papel dos aspectos socioculturais nesta determinação.

A obesidade tornou-se um problema de saúde pública, uma vez que suas consequências para a saúde são muitas (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). Sendo assim, como a Atenção Básica caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, identifiquei a necessidade de uma abordagem diferenciada aos obesos e portadores de sobrepeso da ESF Vila para que os mesmos adquiram hábitos saudáveis de vida como forma de minimizar os efeitos negativos da obesidade e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

1.1 Justificativa

A prática de um trabalho objetivo e contínuo dentro de cada equipe de ESF na conscientização de hábitos saudáveis torna-se primordial e auxilia na promoção de uma melhor qualidade de vida. Este estudo proporcionará aos profissionais de saúde subsídios para planejar e implementar ações efetivas que

promovam uma assistência ampla e direcionada para a necessidade dos obesos e portadores de sobrepeso. Este estudo auxiliará ainda na reflexão sobre o cuidado e acompanhamento dos usuários obesos e com sobrepeso da ESF Vila, sendo a equipe interdisciplinar e o NASF colaboradores importantes para oferecer aos usuários e/ou comunidade uma visão sistêmica, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento.

1.2 Objetivo

Elaborar um plano de ação para motivar os obesos e portadores de sobrepeso da ESF Vila a adotarem hábitos saudáveis de vida como forma de minimizar os efeitos negativos da obesidade e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

1.3 Metodologia

Em um primeiro momento realizou-se o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila para identificar os principais problemas e definir as ações a serem realizadas. Através do diagnóstico situacional foi selecionado como principal problema o elevado número de pessoas obesas e portadoras de sobrepeso.

Posteriormente à identificação do principal problema foi realizado um levantamento bibliográfico através de literatura correspondente ao período de 1997 a 2011, utilizando-se de revisão narrativa como orientadora do estudo que segundo Cordeiro *et al.* (2007) apresenta uma temática mais aberta e não parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente.

O embasamento recorrido corresponde a artigos científicos levantados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), bem como, manuais da Sociedade Brasileira de Endocrinologia, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre outros. Para tal foram utilizados os

seguintes descritores: obesidade, saúde pública, estratégia saúde da família, nutrição e atividade física.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para motivar os obesos da ESF Vila a adotarem hábitos saudáveis de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Obesidade e seus fatores de risco

Pode-se definir obesidade como uma patologia caracterizada pelo excesso de gordura, resultando na perda da qualidade de vida e diminuindo a longevidade (MANCILHA; ALBERTO, 2001; SMELTZER; BARE, 2005).

O Brasil, assim como os demais países em desenvolvimento, tem apresentado um quadro de evolução do excesso de peso de sua população (FERREIRA, 2003). Isso se deve aos novos padrões de vida e hábitos adquiridos pelas pessoas, principalmente nas grandes cidades. Há um novo perfil, portanto, da população brasileira devido ao processo de urbanização, o que determina mudanças nos padrões de comportamento, principalmente os alimentares e o sedentarismo (FERREIRA, 2003). Coutinho (2008) coloca também como fatores desencadeadores da obesidade no Brasil: a entrada da mulher no mercado de trabalho, o ritmo cada dia mais acelerado das cidades onde se perde muito tempo nos deslocamentos diários, o uso indiscriminado dos alimentos ricos em gorduras saturadas e pobres em fibras e vitaminas e o crescimento do consumo das refeições rápidas tipo *fast food*. Já Mendonça *et al.* (2010) afirmam que a obesidade pode ser desencadeada por fatores como redução da atividade física, maior consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras saturadas.

Estudos em países desenvolvidos tem mostrado que os grupos de menor renda e escolaridade têm maiores riscos de sobrepeso e obesidade (GUTIÉRREZ-FISAC *et al.*, 2002; TORRANCE; HOOPER; REEDER, 2002). O estudo de Teichmann *et al.* (2006) realizado com 981 mulheres de 20 a 60 anos de idade do Rio Grande do Sul também apresenta resultados semelhantes.

2.2 Obesidade e co-morbidades

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm aumentado a níveis alarmantes nos últimos anos e a obesidade destaca-se por ser uma doença crônica e também por poder contribuir para o surgimento de outras doenças crônicas, desencadeando uma diminuição na qualidade de vida (ADES; KERBAUY, 2002). O

sobrepeso por si não tem efeito imediato no desenvolvimento de doenças crônicas, porém a história de excesso de peso pode contribuir para variações nos riscos à saúde (BRASIL, 2006).

As doenças relacionadas com a obesidade podem ser classificadas em dois grupos. O primeiro grupo resulta de alterações metabólicas relacionadas ao excesso de gordura, incluindo diabetes tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovascular, etc. O segundo grupo vem do risco do aumento da massa de peso em si incluindo a osteoartrite, apneia do sono, estigma sócio-psicológico da obesidade, etc. (GELONEZE; GELONEZE; TAMBASCIA, 2007).

As DCNT por serem de longa duração são as que mais exigem ações dos serviços de saúde desencadeando no Brasil uma sobrecarga ao Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que os gastos do Ministério da Saúde com ambulatório, plantões e internações em decorrência das DCNT sejam de aproximadamente 7,6 bilhões de reais por ano.

Abaixo serão apresentadas algumas doenças que apresentam como fator de risco a obesidade:

Diabetes mellitus tipo 2

O diabetes tipo 2 é uma doença metabólica complexa, multifatorial que afeta a qualidade e o estilo de vida dos acometidos podendo levar a uma redução na expectativa de vida dos mesmos (LYRA *et al.*, 2006).

A relação entre obesidade e diabetes tipo 2 já está bem estabelecida (SILVEIRA, 2003). A obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o diabetes tipo 2. A obesidade e o sobrepeso estão presentes na maioria dos pacientes diabéticos tipo 2 (ESCOBAR, 2009). De acordo com Blackburn (2002) aproximadamente 80% das pessoas com diabetes tipo 2 tem sobrepeso ou obesidade. Além disso, o risco de pessoas obesas ficarem diabéticas aumenta em 50%, quando o índice de massa corporal (IMC) está entre 33 e 35 kg/m² (SILVEIRA, 2003).

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Obesidade e hipertensão arterial estão intimamente relacionadas, sendo a prevalência de hipertensão aproximadamente 50% maior nos indivíduos obesos. De fato, verifica-se que a prevalência de obesidade entre indivíduos hipertensos é consideravelmente maior quando comparada aos normotensos (FERREIRA; ZANELA, 2000).

Síndrome Metabólica

A síndrome metabólica é um distúrbio com etiologia multifatorial, de origem endócrino-metabólica e consequências cardiovasculares. A síndrome metabólica ainda tem definição e critérios diagnósticos questionáveis, entretanto sabe-se que a patologia se fundamenta na deposição central de gorduras e a resistência à insulina que esta característica ocasiona (SBC, 2005).

De acordo ainda com Grundy *et al.* (2005) ainda não se estabeleceu uma causa única ou múltiplas causas para o desenvolvimento da síndrome metabólica, mas sabe-se que a obesidade abdominal e a resistência à insulina parecem ter um papel fundamental na gênese desta síndrome.

Doença Cardiovascular (DCV)

A obesidade é fator de risco independente para DCV, incluindo doença arterial coronariana (DAC), infarto do miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial (MELO, 2011).

O acúmulo de gordura na região abdominal caracteriza a obesidade central ou visceral e é considerado um grave fator de risco cardiovascular (OLIVEIRA; COSTA; RIBEIRO, 2008). A obesidade visceral está associada a uma maior mortalidade que a obesidade periférica (GOMES *et al.*, 2010). A causa dessa

diferença se deve ao fato do tecido adiposo visceral ser metabolicamente mais ativo do que o tecido adiposo subcutâneo (GOMES *et al.*, 2010).

Ansiedade

A obesidade está relacionada a fatores psicológicos como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional (CATANEO *et al.*, 2005).

A ansiedade, por exemplo, pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia. O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo (CATANEO *et al.*, 2005).

Indivíduos que sofrem de obesidade tendem a se auto depreciar, comem por compulsão, expressam desespero interior, ficando em sofrimento, pois falta na maioria das vezes sentir o verdadeiro prazer de viver a vida (BERNARDI; CICHELERO; VITOLLO, 2005). As alterações psicológicas e psíquicas estão ligadas aos fatores comportamentais resultando na falta de adaptações sociais, desenvolvendo transtornos psicológicos, tais como a baixa autoestima, o comer compulsivo, irritabilidade (ADES; KERBAUY, 2002).

2.3 Diagnóstico da obesidade

Existem vários métodos que permitem estimar com precisão a quantidade total de gordura corporal. As medidas antropométricas são muito utilizadas em função da possibilidade de aplicação em grandes grupos, pela rapidez, pelo baixo custo operacional e também por ser um método não invasivo. Os mais utilizados são: índice de massa corporal (IMC), relação cintura-quadril (RCQ) e circunferência da cintura (CC) (DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2009). Além das medidas antropométricas, a quantidade de tecido adiposo pode ser medida precisamente por tomografia computadorizada e com precisão satisfatória através do método de

bioimpedância (MANCINI, 2001). Abaixo serão apresentados alguns dos métodos utilizados para estimar a quantidade de gordura corporal.

Índice de massa corporal (IMC)

O IMC é uma medida que relaciona peso e altura apresentando boa correlação com a quantidade de gordura corporal. O IMC é calculado através da divisão do peso em kg pela altura em m^2 (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004). O diagnóstico da obesidade é definido através de um índice de massa corporal (IMC) $\geq 30 \text{ kg}/m^2$.

Embora o IMC permita uma avaliação bastante rápida e prática da obesidade é importante lembrar que esse exame possui limitações, os indivíduos muito musculosos, por exemplo, podem apresentar IMC falso elevado. Esses fatores, entretanto, são facilmente avaliados durante o exame clínico do indivíduo (MANCINI, 2001).

Relação Cintura Quadril (RCQ)

A RCQ é uma medida que relaciona circunferência da cintura (CC) e circunferência do quadril (CQ). O cálculo é obtido pela divisão das medidas dos perímetros da cintura e do quadril (BOUCHARD, 2003).

Para a interpretação correta dos resultados obtidos recorre-se a valores de referência que indicam o risco de acordo com a idade e gênero do indivíduo (COSTA, 2001). Não há consenso sobre a definição do que seja uma RCQ elevada. O ponto de corte mais utilizado para homens é ($>1,00$) e o ponto de corte mais utilizado para mulheres é ($>0,80$) (PEREIRA; SICHIERI; MARINS, 1999).

Circunferência da Cintura (CC)

A circunferência da cintura é uma medida simples capaz de indicar obesidade abdominal e pode auxiliar de maneira efetiva na identificação de indivíduos com aumento de risco às doenças cardiovasculares (CAMARNEIRO, 2011).

A CC deve ser obtida com a fita métrica na posição horizontal diretamente sobre a pele, tendo como ponto de referência anatômica a parte mais estreita do tronco, no nível da cintura natural entre as costelas e a crista ilíaca. A fita deve ser aplicada firmemente nessa região e a medida feita ao final de uma expiração normal.

Tomografia computadorizada

A tomografia computadorizada é um método que utiliza radiação ionizante com cortes programados a partir da radiografia digital, com espessura e incremento previamente determinados. A utilização desse método na avaliação de indivíduos obesos favorece a resolução de imagens, pois evidencia detalhes e evita a sobreposição de estruturas nos diferentes segmentos corpóreos. Deve-se enfatizar, entretanto, que apresenta maior custo que os exames radiológicos convencionais (MANCINI, 2001).

Bioimpedância

A bioimpedância elétrica tem sido uma boa opção na avaliação da gordura corporal, podendo trabalhar com equipamentos não invasivos, portáteis, de fácil manuseio, viável para a prática clínica (KYLE *et al.*, 2004). Sua utilização, que tem como finalidade determinar o fracionamento da composição corporal (EICKEMBERG *et al.*, 2011).

A transmissão da corrente elétrica pelo corpo se dá, geralmente, por quatro sensores metálicos (modelo tetrapolar) que, em contato com as mãos e/ou pés, registram a impedância dos segmentos corporais entre os membros superiores e o tronco, ou somente entre os membros inferiores, ou ainda entre os membros superiores e os inferiores (HEYWARD; STOLARCZYK, 2000).

2.4 Tratamento da obesidade

Atualmente existem vários tratamentos para obesidade, incluindo dietas balanceadas, exercícios físicos, modificação comportamental e tratamento com drogas e cirurgias (HALPERN; MANCINI, 2000).

Os medicamentos para redução e controle de peso só devem ser utilizados com prescrição médica juntamente com alimentação balanceada e exercícios físicos. Ressalta-se que a obesidade não tem cura. Se o indivíduo não alterar seus hábitos alimentares e estilo de vida, poderá ocorrer recuperação do peso (SMELTZER; BARE 2005).

A diminuição da ingestão alimentar representa parte fundamental do tratamento do indivíduo com obesidade (GELONEZE; GELONEZE; TAMBASCIA, 2007). A ingestão de alimentos deve ser avaliada facilitando a identificação das necessidades individuais de cada pessoa, promovendo atenção sistêmica na adequação nutricional, tamanho das porções, fracionamento dos alimentos e frequência das refeições (SMELTZER; BARE, 2005). Dietas saudáveis são eficazes e permitem uma perda de peso gradual mantendo-o reduzido por um período de tempo maior (BRASIL, 2006).

Exercícios físicos como caminhar, pedalar, andar com o cão por 30 minutos ou mais, na maior parte dos dias da semana, eleva o gasto de energia reduzindo assim o peso. Os exercícios físicos associados à dieta balanceada proporciona perda de peso saudável. Essa combinação é mais eficaz que um desses métodos usados individualmente (FERREIRA *et al.*, 2006).

O exercício físico e a alimentação saudável desencadeiam além do emagrecimento, melhor controle da pressão sanguínea, melhores índices de colesterol e triglicerídeos no sangue, melhora da autoestima e do sono e melhor controle da glicemia nos casos de diabéticos (DANTAS *et al.*, 2009).

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

3.1 Território

Vila Alexandre Mascarenhas, distrito de Gouveia- MG, situada no Vale do Jequitinhonha, possui uma população de 1500 habitantes. O município tem como principais atividades econômicas, a agropecuária e o extrativismo. Vila Alexandre Mascarenhas está localizada a aproximadamente 240 km da capital mineira e possui clima agradável. Sua vegetação predominante é o cerrado, com árvores e galhos tortuosos. O abastecimento de água na comunidade ocorre através de poços artesianos sem utilização de tratamento. Toda a população utiliza fossa séptica para finalização de resíduos sanitários. A prefeitura de Gouveia realiza a coleta de resíduos sólidos em média três vezes por semana. A concessionária responsável pelo fornecimento de energia elétrica é a CEMIG (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOUVEIA, 2013).

3.2 Unidade de Saúde da Família de Vila Alexandre Mascarenhas

A unidade de saúde da família de Vila Alexandre Mascarenhas foi inaugurada há cinco anos e está situada à rua D, 335, próximo à quadra poliesportiva municipal. A ESF Vila tem uma população de 1500 habitantes cadastrados em 388 famílias. Divide-se em três microáreas. Trata-se de uma unidade de saúde da família nova e baseada no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS). Está posicionada em boa localização geográfica e com 100% da população coberta, sendo o único serviço de assistência local à saúde, o que a torna, portanto, um instrumento eficaz na realização do processo de mudança na saúde coletiva desta comunidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOUVEIA, 2013).

A área física contém recepção, banheiro da recepção, sala de vacina, sala de acolhimento, sala de curativo, sala de cuidados básicos, consultório médico, consultório odontológico, sala de observação, consultório de enfermagem com um banheiro, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala de esterilização/expurgo, um banheiro para funcionários, sala de Depósito de Material de Limpeza (DML) e copa.

Infelizmente, observa-se que a característica de destaque da comunidade é ainda a visão medicocêntrica, pois, os usuários preferem uma receita do medicamento ao invés de uma palestra, curso ou mudança comportamental, etc.

3.3 Plano de ação

3.3.1 Definição dos problemas

O diagnóstico situacional da ESF Vila evidenciou elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso. A obesidade e o sobrepeso podem desencadear outras patologias tais como: diabetes, hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral), depressão, entre outras. Apesar da obesidade e do sobrepeso não serem condições terminais podem levar seus portadores a condições clínicas preocupantes e perigosas.

3.3.2 Priorização dos problemas

Após a seleção dos problemas realizou-se a priorização dos mesmos. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados na ESF Vila.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção
Obesidade e sobrepeso	Alta	10	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alta	9	Parcial	2
Hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	3
Diabetes	Alta	7	Parcial	4
Depressão	Alta	5	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.3.3 Descrição do problema selecionado

Após a priorização dos problemas torna-se necessário descrever o principal problema para que haja uma melhor definição das intervenções. O quadro 2 apresenta os descritores do problema priorizado.

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

Descritores	Valores	Fontes
Portadores de sobrepeso cadastrados	25	SIAB
Portadores de sobrepeso acompanhados	25	Registro de equipe
Portadores de sobrepeso controlados	10	Registro de equipe
Obesos cadastrados	30	SIAB
Obesos confirmados	30	Registro de equipe
Obesos acompanhados	30	Registro de equipe
Complicações de problemas relacionados à obesidade	10	Registro de equipe
Internações por causa da obesidade	0	Registro de equipe
Óbitos por causa da obesidade.	0	Registro de equipe

3.3.4 Explicação do problema

A Vila Alexandre Mascarenhas sofre com a falta de informação e política prévia de formação educacional de seu povo. Desde a fase de infância o indivíduo não recebe os conhecimentos necessários do valor de promover dentro dos lares, uma dieta alimentar baseada em verduras, hortaliças, frutas e cereais integrais, além de menor consumo de gorduras, carboidratos, carnes e proteínas. Outros costumes maléficis observados nesta região do Jequitinhonha é o alto consumo de farinhas e também o sedentarismo da população.

Hábitos alimentares da população

Foi observado durante as visitas domiciliares e através da consulta de enfermagem que a dieta da população é baseada no consumo de tubérculos como mandioca e batata, farinha de mandioca, massas, arroz e feijão. Além disso,

percebe-se atualmente a inclusão na alimentação de produtos embutidos e refrigerantes e o desprezo total pelas frutas dos quintais.

Estilo de vida inadequado: sedentarismo

As pequenas vilas são hoje residências predominantemente de uma população mais velha, constituída por aposentados, inativos, deficientes e agricultores, uma vez que a população jovem se desloca para centros maiores em busca de estudo e trabalho. Esta realidade produz um conjunto de pessoas ociosas, sem atividades laborais e sociais, gerando um grupo de pessoas sedentárias.

Políticas públicas: quase inexistentes e pouco atuantes

No sistema público convencional ainda se encontra distante uma política pública de integração da população em um modelo abrangente, que integre o usuário como merecedor de um cuidado integral em todas as demandas que constituem as necessidades do seu ser, enquanto usuário de um projeto de saúde holístico e sistêmico.

Aspectos culturais: convicção de que criança sadia é criança gordinha

A necessidade de mudar conceitos previamente arraigados em uma população é sem dúvida uma meta difícil de ser enfrentada, como por exemplo, conscientizar não só os mais velhos, mas também os mais jovens da necessidade de mudar conceitos antigos de alimentação e optarem por padrões alimentares mais saudáveis.

Resposta do sistema de saúde

Faz-se necessário uma intervenção do serviço de saúde local que busque resgatar a autoestima, inserir seus usuários em atividades físicas e sociais, mudar comportamentos alimentares e acompanhar com persistência os portadores de sobrepeso e obesidade.

3.3.5 Seleção dos nós críticos

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

- Nível de informação;
- Alimentação inadequada;
- Estilo de vida sedentário;
- Processo de trabalho inadequado da equipe.

3.3.6 Desenho das operações

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

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

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de informação	“Saber saúde”	População mais informada sobre os riscos relacionados ao sobrepeso e obesidade.	Divulgação contínua de informações sobre os riscos do sobrepeso e da obesidade. Equipe capacitada a atender as demandas da clientela.	Organizacional: organização da agenda. Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Político: mobilização social.
Alimentação inadequada	“Alimentação equilibrada”	100% do grupo orientado com palestras sobre alimentação equilibrada	Conscientização do grupo, mudança alimentar.	Organizacional: organização das palestras. Político: parceria com NASF (colaboração do nutricionista).
Estilo de vida sedentário	“Movimente-se”	Redução do número de pessoas sedentárias	Conscientização do grupo, caminhada orientada.	Organizacional: grupo de caminhada 2 x semana. Político: parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física).
		Orientação,	Capacitação da	Organizacional:

Processo de trabalho inadequado da equipe	“Vamos equipe”	capacitação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade aos portadores de sobrepeso e obesidade.	equipe Discutir e implantar ações de monitoramento dos portadores de sobrepeso e obesidade.	reorganização do trabalho da equipe; Políticos: apoio e sensibilização dos gestores.
---	-----------------------	--	---	--

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.3.7 Identificação dos recursos críticos

No quadro 4 foram identificados os recursos críticos para a execução das operações, pois esses recursos normalmente não estão disponíveis, entretanto são essenciais para a aplicação do projeto.

Quadro 4 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
“Saber é saúde”	Político: mobilização social.
“Alimentação equilibrada”	Político: parceria com NASF (colaboração do nutricionista).
“Movimente-se”	Político: parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física).
“Vamos equipe”	Político: apoio e sensibilização dos gestores.

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.3.8 Análise da viabilidade do plano

No quadro 5 está apresentada a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos atores.

Operação / Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
“Saber é saúde”	Político: mobilização social.	- Equipe do PSF.	Favorável	Não é necessária
“Alimentação equilibrada”	Político: parceria com NASF (colaboração do nutricionista).	- Equipe do PSF juntamente com NASF.	Favorável	Não é necessária

“Movimente-se”	Político: parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física).	- Equipe do PSF juntamente com NASF.	Favorável	Não é necessária
“Vamos equipe”	Políticos: apoio e sensibilização dos gestores.	- Equipe do PSF.	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria própria (2014).

3.3.9 Gestão do plano

Pretende-se com este plano de ação aumentar o nível de informação da população de Vila Alexandre sobre os riscos relacionados ao sobrepeso e obesidade, assim como orienta-la a adotarem hábitos saudáveis de vida incluindo alimentação equilibrada e prática de atividade física.

O acompanhamento do desenvolvimento do plano de ação será realizado através de atividades semanais, mensais e semestrais. Semanalmente será criada uma lista de presença para registrar os usuários presentes nas palestras e na caminhada. Mensalmente será realizada uma reunião da equipe para discussão das atividades desenvolvidas e semestralmente os usuários serão avaliados em relação à massa corporal e cálculo do IMC para verificar se ocorreram reduções nessas medidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho ficou cada vez mais evidente que a obesidade é uma doença muito séria. Além disso, existem várias consequências da obesidade para a saúde. Sendo assim, acreditamos que o plano de ação aqui proposto tenha condições de contribuir para a diminuição dos casos de obesidade na área de abrangência da ESF Vila, pois consideramos que através da educação em saúde podemos ampliar o conhecimento da população sobre a obesidade e as patologias ligadas à mesma, podemos também incentivar mudanças nos hábitos alimentares e inserir a prática regular de exercícios físicos na rotina dos mesmos. Essas mudanças comportamentais poderão ainda minimizar os efeitos negativos da obesidade e melhorar a qualidade de vida de seus portadores.

REFERÊNCIAS

- ADES, L.; KERBAUY, R.R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicol. USP**, v.13, n.1, 2002.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.** v.18, n.1, p. 85-93, 2005.
- BLACKBURN, G.L. **The obesity epidemic: prevention and treatment of the metabolic syndrome**, 2002. Disponível em: <http://www.medscape.org/viewarticle/441282>. Acesso em: 18/02/14.
- BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. São Paulo: Ed. Manole, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica: **Obesidade**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- CAMARNEIRO, J.M. **Análise da composição corporal em adolescentes obesos**. [Tese de doutorado]. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Universidade Estadual Paulista, 2011.
- CATANEO, C. *et al.* Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.1, p.39-46, 2005.
- CORDEIRO, A. M; OLIVEIRA, M. G; RENTERIA, M, J; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: Uma Revisão Narrativa. **Comunicação Científica** v.34, n.6, Nov./Dez. 2007.
- COSTA, R.F. **Composição Corporal teoria e prática da avaliação**. São Paulo: Manole, 2001.
- COUTINHO, J.G. *et al.* A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, 24(Sup 2):S332-S340, 2008.
- DANTAS, E.H.M. *et al.* **Fitness Saúde e Qualidade de Vida**. In: VIANNA, J.; NOVAES, J. Personal Training & Condicionamento Físico em Academia. 3 Ed. Rio de Janeiro: Shape, pp.297- 335, 2009.
- DUMITH, S.C.; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer por adultos do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.12, n.4, p.646-58, 2009.
- EICKEMBERG, M. *et al.* Bioimpedância elétrica e sua aplicação em avaliação nutricional. **Rev. Nutr.**, v.24, n.6, p.:883-893, 2011.

ESCOBAR, F.A. Relação entre Obesidade e Diabete Mellitus Tipo II em Adultos. **Cadernos UNIFOA**, v.11, p.69-72, 2009.

FERREIRA, S. *et al.* Aspectos etiológicos e o papel do exercício físico na prevenção e controle da obesidade. **Revista de educação física**, n.133, p.15-24, 2006.

FERREIRA, V.A. **Obesidade e pobreza**: o aparente paradoxo. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

FERREIRA, S.R.G.; ZANELA, M.T. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. **Rev. Bras. Hipertens**, v.7, n.2, p.128-135, 2000.

GARCIA, R.W.D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis: revista de saúde coletiva**, v.7, n.2, p.51-68, 1997.

GELONEZE, B; GELONEZE, M.; TAMBASCIA, M.A. Obesidade e suas Co-Morbidades. **Revista da ABESO**. Edição n. 31, ano VII, n. 31, 2007.

GOMES, F. *et al.* Obesidade e Doença Arterial Coronariana: Papel da Inflamação Vasculár. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.94, n.2, p. 273-279, 2010.

GRUNDY, S.M. *et al.* Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. **Circulation**. v.112, p.2735-2752, 2005.

GUTIÉRREZ-FISAC, J.L. *et al.* The size of obesity differences associated with educational level in Spain,1987 and 1995/97. **J. Epidemiol. Community Health**. v.56, p. 457–460, 2002.

HALPERN, A.; MANCINI M.C. O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens**. v.7, n.2, p.166-171, 2000.

HEYWARD, V.H.; STOLARCZYK, L.M. **Avaliação da composição corporal aplicada**. São Paulo: Manole; 2000.

KYLE, U.G. *et al.* Bioelectrical impedance analysis - part II: utilization in clinical practice. **Clinical Nutrition**, v.23, p.1430–1453, 2004.

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

LYRA, R. *et al.* Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.50, n.2, p.239-249, 2006.

MANCILHA, J.; ALBERTO P. L. **O caminho da longevidade**: orientações para uma vida longa e saudável. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

MANCINI, M.C. Obstáculos Diagnósticos e Desafios Terapêuticos no Paciente Obeso. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v.45, n.6, p.584-608, 2001.

MELO, M.E. **Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade**, 2011. Disponível em: <https://www.google.com.br/#q=Doen%C3%A7as+Desencadeadas+ou+Agravadas+ela+Obesidade>. Acesso em 18/02/14.

MENDONÇA, M.R.T. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes da cidade de Maceió. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 192-196, 2010.

OLIVEIRA, C.N.; COSTA, R.G.; RIBEIRO, R.L. Obesidade abdominal associada à fatores de risco à saúde em adultos. **Saúde e Ambiente em revista**, v.3, n.1, p.34-43, 2008.

PEREIRA, R.A.; SICHIERI, R.; MARINS, V.M.R. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.333-344, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOUVEIA. Secretaria Municipal de saúde. Gouveia, 2013. Disponível em: <http://www.gouveia.com.br> Acesso em: 17 dez. 13.

SBC, I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, Supl. I, 2005.

SILVEIRA, L.A.G. **Correlação entre obesidade e diabetes tipo 2**, 2003. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar_url?hl=pt-BR&q=http://www.kleberpersonal.com.br/artigos/artigo_060.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm1QXAKASTibKN71g6auuJyRhsFDsw&oi=scholar&ei=F6EEU82XJ8vwkQflpYHYBQ&ved=0CCgQgAMoADAA. Acesso em: 18/02/14.

SMETZER, S.C; BARE, B.E. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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.

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

TORRANCE, G.M.; HOOPER, M.D.; REEDER, B.A. Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970–1992): evidence from national surveys using measured height and weight. **International Journal of Obesity**. v.26, p.797-804, 2002.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A.M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Panam. Salud. Publica**. v.16, n.5, p.308-314, 2004.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.17, n.1, p.7-10, 2010.