UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FREDDYS EDUARDO DE OLIVEIRA PINTO

SISTEMATIZAÇÃODA ATENÇÃO À SAUDE DO PACIENTE OBESO NA UBS DA CARMELÂNDIA

BELÉM/PARÁ
2018

FREDDYS EDUARDO DE OLIVEIRA PINTO

SISTEMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAUDE DO PACIENTE OBESO NA UBS DA CARMELÂNDIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora:Profa. Dra. Carla Andréa Avelar Pires

BELÉM/PARÁ

2018

FREDDYS EDUARDO DE OLIVEIRA PINTO

SISTEMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAUDE DO PACIENTE OBESO NA UBS DA CARMELÂNDIA

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Carla Andréa Avelar Pires (Orientadora)

Prof. Dr. José Guilherme Wady Santos (Membro)

Aprovado em: Belém (PA) 05 de janeiro de 2019.

BELÉM/PARÁ

2018

DEDICATÓRIA

Agradeço a minha tutora Carla Andréa Avelar Pires, a qual teve paciência econtribuiu na conclusão deste trabalho. Agradeço tambémaos meus pais, irmãos, esposa e colegas que durante muito tempo, ensinaram-me e mostraram o quanto estudar é bom e a todos aqueles que,dê alguma forma, estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vezmais a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus porter me dado saúde e força para superar as dificuldades. A Universidade Federal do Pará, pela oportunidade de fazer o curso. A minha orientadora, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho. Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional e a minha esposa Lada que sempre me fez entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente! Aos meus amigos e colegas e todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

RESUMO

Vive-se hoje uma verdadeira pandemia de sobrepeso, obesidade mórbida e síndrome metabólica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência de pacientes com sobrepeso é de 1,9 bilhões e, a de obesos, 600 milhões. Atualmente, a obesidade mórbida é o segundo fator de morte evitável no Brasil, superada apenas pelo tabagismo. O modo de vida do nosso mundo contemporâneo certamente tem grande parcela de culpa. Não podemos, entretanto, deixar de refletir sobre as políticas de saúde e o atual modelo de gestão pública assistencial,criado para os centros de referência para o tratamento da obesidade mórbida no país. Observamos que as políticas e as diretrizes estão muito mais voltadas para a solução deste problema através de medidas burocráticas e difíceis de serem executadas na prática, ao invés de desenvolver ações preventivas e assistenciais eficazes que tornem acessível o tratamento da obesidade.Este trabalho objetivou-se em elaborar um Projeto de Intervenção para Sistematizar a atenção à saúde do paciente obeso na Unidade básica de saúde da Carmelândia. O Diagnóstico Situacional foi obtido por meio do método de Estimativa Rápida. Para desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional. O embasamento teórico foi feito com pesquisa nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde.Isso será conseguido através de ações educativas em saúde, busca ativa de pacientes e organização do fluxo destes pacientes. Por fim, almejamos resolver a problemática com o seguimento completo destes pacientes, proporcionando-lhes melhoria na qualidade de vida.

Palavras chaves: Estratégia de Saúde da Família, Obesidade, Prevenção, Belém.

ABSTRACT

Today there is a real pandemic of overweight, morbid obesity and metabolic syndrome. According to the World Health Organization (WHO) the prevalence of overweight patients is 1.9 billion and that of obese, 600 million. Currently, morbid obesity is the second avoidable death factor in Brazil, surpassed only by smoking. The way of life of our contemporary world certainly has a great deal of guilt. We cannot, however, fail to reflect on health policies and the current model of public health care, created for reference centers for the treatment of morbid obesity in the country. We note that policies and guidelines are much more focused on solving this problem through bureaucratic measures and difficult to implement in practice, rather than developing effective preventive and care actions that make obesity treatment accessible. This study aimed to elaborate an Intervention Project to Systematize health care for obese patients in the Basic Health Unit of Carmelândia. The Situational Diagnosis was obtained through the Quick Estimate method. For the development of the intervention plan, the Situational Strategic Planning method was used. The theoretical basis was made with research in the databases of the Virtual Health Library. This will be achieved through educational actions in health, active patient search and organization of the flow of these patients. Finally, we aim to solve the problem with the complete follow-up of these patients, providing them with an improvement in quality of life.
Keywords: Family Health Strategy, Obesity, Prevention, Belém.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da família
UBS	Unidade Básica de Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
SISVAN	Sistema de vigilância alimentar
IMC	Índice de massa corporal
MS	Ministério da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
OMS	Organização mundial da Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 2

2 JUSTIFICATIVA 15

3 OBJETIVOS 16

3.1 Objetivo geral 16

3.2 Objetivos específicos 16

4. Metodologia 17

5. Revisão Bibliográfica 18

6 PLANO DE INTERVENÇÃO 22

6.1 Descrição do problema selecionado 22

6.2 Explicação do problema selecionado 22

6.3 Seleção dos nós críticos 23

6.4 Desenho das operações 23

7 CRONOGRAMA E RESULTADOS ESPERADOS24

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 28

9 REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Belém é uma cidade com 1.452.275 habitantes (estimado pelo IBGE, 2017). Localizada no Norte do Brasil, é a capital do Estado do Pará. É uma cidade histórica e portuária localizada ao extremo nordeste da maior floresta tropical do mundo, sendo a capital mais chuvosa do Brasil devido ao seu clima equatorial. A economia Belenense baseia-se primordialmente nas atividades do comercio, serviços e turismo. Embora seja também desenvolvida a atividade industrial com grande número de indústrias alimentícias, navais, metalúrgicas, pesqueira, químicas e madeireiras. Do ponto de vista social chama atenção que com a queda da economia e diminuição do poder aquisitivo aumentou as estatísticas da violência em Belém acompanhado de chacinas ocorridas na cidade por um grupo da milícia que só gera preocupação e medo a sociedade. Também Belém recebeu uma média de 100 refugiados políticos da Venezuela, com origem indígena de 3 etnias diferentes e que se espalham por toda a cidade preocupando as autoridades tanto do ponto de vista sanitário como social. A atividade política é partidária e polarizada entre a esquerda e a direita que vem se revezando na administração pública e herdando obras longas e milionárias inconclusas gerando insatisfação da população. Belém tem uma diversidade cultural muito grande que movimenta a economia da cidade (BELÉM (Pará), 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

Segundo dados coletados na própria unidade, na comunidade da Carmelândia existem aproximadamente 6000 habitantes oriundos principalmente do êxodo rural ocorrido há uns 27 anos. Já estão cadastradas 800 famílias e 4000 pessoas cobrindo 08microáreas. Na comunidade entres os principais problemas discutidos com os agentes comunitários de saúde são:

grande maioria de famílias vivendo com menos de um salário mínimo, grande número de pessoas obesas com doenças crônicas não transmissíveis, baixo grau de escolaridade o que representa baixo conhecimento e aceitação sobre uma doença, dificuldade de obter o retorno de consultas especializadas. Nossa Estratégia de Saúde da família (ESF) promove atividades de promoção, prevenção de doenças com uma importante participação dos agentes comunitários e com uma boa relação deles com a comunidade.

1.3O Sistema municipal de saúde

O Estado do Pará, recebeu como transferência do Governo Federal no ano de 2017 o total de R$ 409.136.489,01 para o município de Belém foram R$ 370.723.850,33 com um piso da atenção básica fixo de R$ 32.439.890,04 e um piso da atenção básica variável de R$20.394.343,28 do Fundo Nacional de saúde e o gasto com saúde percapita em Belém foram R$ 284,77 por mês (FNS, 2017).

No sistema de saúde no município de Belém em 2009, existiam 380 estabelecimentos de saúde, entre Pronto socorros, hospitais e postos de Saúde e serviços odontológicos sendo 280 deles privados e 100 públicos.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Carmelândia

A unidade de saúde da Carmelândia foi inaugurada há 10 anos e fica na rua Tancredo Neves, Casa 4, quadra7, próximo à Rodovia Augusto Montenegro, bairro Mangueirão, umas das ruas mais movimentadas e perigosas de Belém em relação ao trânsito. Fica em uma casa alugada pela Prefeitura de Belém que sofreu recentemente reformas adaptando seu espaço para atender melhor a população. O espaço físico é bem aproveitado tendo dois andares utilizados para atendimentos, procedimentos, vacinas e palestras e também aulas para alunos de Medicina e Enfermagem. Na reforma foi climatizado e agora ninguém fica em pé esperando a consulta e recebe um ambiente agradável de espera. A População acolhe bem a equipe para o desemprenho do seu trabalho e alguns atribuem isso ao esforço de alguns na comunidade.

Quando iniciamos o trabalho na UBS, percebemos certa resistência motivada pela ausência de médico anteriormente na UBS, então, realizamos uma busca de casa em casa para informar que na comunidade havia um médico na equipe. Dessa forma, iniciamos um trabalho intensivo para fazer com que os usuários compreendessem as necessidades do retorno à UBS, já que agora a equipe está completa.

Observando o histórico que apresentava a relação comunidade e UBS, desenvolvemos os nossos trabalhos de forma profissional para garantir que os cuidados médicos cheguem ao paciente de forma que ele compreenda todos os procedimentos e importância dos cuidados que o mesmo deve proceder para a melhoria do seu estado de saúde, assim como esclarecer que o seu retorno é de grande importância para a eficácia do seu tratamento, além disso, desenvolvemos na comunidade tanto internamente como nas escolas, palestras com caráter de orientação com temas referentes ao autocuidado, situações de risco ou patologias que afetam essa área considerando as sazonalidades.

Além dessas dificuldades a comunidade é carente e os medicamentos em estoque na farmácia não atendem às necessidades e as demandas dos usuários. Outra questão é a falta de equipamentos básicos para exercer a triagem, tais como: glicosímetro, rinoscópio, otoscópio, oftalmoscópio, geladeira em condiçõesideais para as vacinas, entre outros que são essenciais para este atendimento adequado.

O conselho local de saúde não existe; há poucas atividades com grupos de usuários na comunidade; pelas informações colhidas, a população não teve nenhuma influência no estabelecimento das estratégias de agendamento utilizadas pela UBS na marcação de nenhum tipo de consulta, nem com excesso de demanda; não existe nenhum grupo dedicado ao planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde. Nem dedicado ao monitoramento das ações de saúde.

É observado a falta de comunicação e colaboração de uma forma integrada no grupo de trabalho, fato este que é refletido no resultado do trabalho, já que alguns retornos não estão acontecendo, a triagem por falta de equipamento

não ocorre de forma eficaz, a questão de segurança predial tem que ser observada já que na UBS há vulnerabilidade.

Dentro dos recursos disponíveis, os trabalhos vêm sido desenvolvidos com limitações, e as pessoas necessitam destes recursos citados no decorrer do texto para o melhor diagnóstico e tratamento das patologias da saúde coletiva.

Partindo da conjuntura apresentada acima, acredito que como forma de resolução dos problemas relacionados à comunicação, devemos lançar mão de estratégias de interação grupal, como por exemplo: Discussão de casos clínicos que estão dentro do contexto da comunidade de atuação da equipe.

Em relação à falta de materiais de consumo, foi realizada a solicitação por meio de ofícios, encaminhados a Secretaria de Saúde, onde até o presente momento não obtivemos retorno.

A estrutura física da UBS é composta por: recepção, consultório, sala de vacinação e curativo, banheiro e cozinha. É uma UBS pequena e simples com uma demanda razoável de atendimentos, embora faltem algumas salas como: sala da direção e secretária, área de serviços, almoxarifado, sala de reuniões e palestras, e tão pouco contamos com sala de nebulizações que é de suma importância devido ao clima equatorial da região que propicia muitas patologias respiratórias.

Outra necessidade é quanto à deficiência do laboratório na UBS já que vêm só uma vez por semana, e só entregam os resultados uma semana depois,os mesmos usuários não retornam a consulta, devido a dificuldade de realizarem os exames na rede pública e por não contar com recursos para realizá-los. Outra fragilidade é de não ter consultório com banheiro; nem sanitários para funcionários; não há sala de lavagem de material; não há sala de esterilização; não há expurgo; os pisos das diversas salas da UBS não regulares, estáveis e antiderrapantes; não há telas mosqueteiras, torneiras com acionamento sem uso das mãos; não há sinalização dos diversos ambientes; não há revisão da calibragem de esfingomamômetro nem de balanças e não é adequando para acesso de portadores de necessidades especiais, pois tão pouco há banheiro para cadeirantes, dificultando o trabalho.

Referente à imunização, percebe-se um descaso por não ter uma geladeira adequada para o condicionamento das vacinas, resultando uma possível epidemia da comunidade por ausência das mesmas, sendo que só está havendo vacinação em período de campanha ou em ações sociais, porque estão sendo buscadas em outra unidade, e não posso afirmar se os adultos da comunidade estão realizando as suas vacinas em dia, porém consigo perceber pelo carnê de vacinação das crianças nas consultas de puericultura que estão em dia.

Outro fator relevante quanto à estrutura predial é a questão da segurança e manutenção, pois a vulnerabilidade do prédio é um fator importantíssimo, ainda que esteja sediado dentro da comunidade por não haver recursos financeiros que incentivem a manutenção, facilitando o furto dos equipamentos e materiais do posto como, por exemplo, a bomba de água há um mês aproximadamente, então consequentemente a falta de água persiste na unidade.

Sobre este fato, o procedimento tomado foi encaminhar a Secretaria de Saúde um Ofício citando o ocorrido e como retorno tivemos através de documento que o gestor da unidade deveria se responsabilizar pela nova bomba de água que seria encaminhada.

Os agentes comunitários de saúde não têm um local adequado para as reuniões e planejamento de atividades diárias. Apesar das poucas salas, trabalhamos todos para atender as necessidades dos nossos usuários.

Opino que em relação aos equipamentos e instrumentais necessários para o trabalho, temos identificado pouca disponibilidade de alguns equipamentos e instrumentos de uso geral, por exemplos: alguns dos quais podem afetar a qualidade de atenção e que não temos suficientes como: antropômetro para criança, o que dificulta realizar uma avaliação do desenvolvimento de uma criança e estabelecer uma boa avaliação nutricional, o mesmo acontece com a balança infantil, a qual não tem bom sistema de calibragem e não contamos no consultório com este equipamento.

A equipe de saúde faz a triagem antes de iniciar a minha consulta com toda a qualidade requerida. Opino que a sala de triagem é importante, mas em todos os consultórios devem ficar estes equipamentos para melhorar o exame

físico e uma boa relação médico-paciente, também identificamos que na nossa UBS não temos disponibilidade suficiente de: cabo de bisturi, não contamos com glicosímetro, estufa, pinça de sutura, nem maca ginecológica adequada, para o exame clínico.

É de extrema importância para fazer uma consulta de qualidade, ter oftalmoscópio e otoscópio, que ainda não temos igual ao sistema de reposição e manutenção de equipamentos, instrumentos e mobiliários, porque é de grande necessidade o sistema para calibragem de esfigmomanômetro, já que na nossa comunidade há usuários hipertensos.

Em relação aos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, ainda não temos a disponibilidades de conexão com internet como em outras UBS do sudeste, sul e centro do Brasil, também não contamos com telefone fixo na unidade, caixa de som, câmera fotográfica, filmadora, gravador de som, projetor de slides, não temos prontuário eletrônico e tampouco livros em nossa UBS, nem todos os protocolos, temos disponível apenas os manuais referentes ao programas de: Tuberculose, Hanseníase, Dengue e Doenças de Transmissão Sexual.

As dificuldades acima citadas não interferem na promoção de um atendimento de qualidade aos nossos usuários, todavia estabelecemos prioridades de acordo com nossa governabilidade.

Como forma de resolução ou diminuição de algumas dificuldades como a falta de equipamentos, instrumentais, e material bibliográfico, cada componente da equipe de saúde lança mão de equipamentos pessoais, o que facilita o andamento dos atendimentos, contudo, ratifico a importância de que cada unidade tenha o seu material disponível para uso profissional.

Acreditamos que se a comunidade contasse com Conselho Municipal de Saúde, este seria sem dúvida um local idôneo para discutir sobre as necessidades que precisam ser melhoradas, já que os Conselhos Municipais de Saúde são de extrema importância para pressionar a Prefeitura a trazer as melhorias adequadas para a população.

Apesar de todas essas dificuldades estruturais minha equipe é muita boa e unida, fazemos o que estiver ao alcance para atender aos usuários com amor, humanismo e atenção que merecem, por isso eles ficam muito agradecidos.

1.5 A equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Carmelândia

A equipe é composta por: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitário de saúde. Sinto-me satisfeito pelo trabalho da equipe com a população, nós fazemos atendimentos agendados e de urgência e ações na comunidade.

1.6 O funcionamento da ESF Carmelândia

Além de realizarmos visitas domiciliares, aos indivíduos acamados, com doenças crônicas, grávidas, puérperas e crianças, ainda é importante destacar as atividades que são realizadas no centro de reuniõesdacomunidade São José, onde fazemos palestras e outras ações educativas.

A equipe trabalha através de um cronograma mensal, no qual são distribuídas as atividades por dia na semana subsequente, atendenove microáreas de nosso bairro, sendo que as Agentes Comunitários de saúde (ACS) são distribuídas por área, cada uma é responsável pela sua, cadastrando e marcando consultas na UBS, nosso horário de atendimento é das 8:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas da tarde, desde segunda-feira até sexta-feira.

A agente administrativa organiza os arquivos e acolhe os pacientes e com a ajuda dos ACS na procura dos prontuários e no acolhimento dos pacientes. A comunidade em múltiplas oportunidades solicitou a atenção nos dias sábados especialmente para aqueles trabalhadores que só podem estar presentes nos finais de semana o que já está sendo programado.

São realizadas reuniões a cada mês para marcar as atividades. Vamos continuar trabalhando cada dia com mais vontade e mais amor para que a população continue ainda mais satisfeita, prevenindo a aparição e o risco das doenças que acometem a população.

1.7 O dia a dia da equipe que compõe a ESF Carmelândia

O dia a dia do atendimento da equipe é planejado e seguimos um cronograma mensal. Os atendimentos seguem dia de segunda-feira com atendimento de crianças pela manhã e demanda espontânea a tarde. Na Terça-feira é o hiperdia dando prioridade aos pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. Na quarta-feira pela manhã avaliamos a consulta pré-natal e pela tarde demanda espontânea. Na quinta feira é o dia das visitas domiciliares pré-programadas e agendadas e na sexta feira-atendemos pela manhã os casos complicados da semana ou que precisam realizar uma reavaliação médica e além disso as atividades educativas em saúde reunindo a equipe toda. A metade do tempo da equipe é gasto com a consulta agendada na atenção dos programas (pré-natal, puericultura, pacientes hipertensos e diabéticos e visitas domiciliar) e reforçando ultimamente nos momentos das palestras com o NASF para a renovação de receitas. Existe uma grande procura à demanda espontânea respeitando a hierarquização do atendimento. Temos realizado uma manhã por mês pequenos procedimentos (Cantoplastia, retiro de sinais, biopsias de pele, drenagem de abscessos, curativos)sendo muito bem aceito pela comunidade.

1.8 Estimativa rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade

Lista de problemas:

- Muitas famílias vivendo com um salário mínimo,
- Alto índice de pessoas obesas,
- Baixo grau de escolaridade,
- Dificuldade de obter o retorno de consultas especializadas.
- Área descoberta muito grande com necessidade de montar outra equipe na ESF.
- Saneamento básico deficiente (muito entulho nas ruas, lixo)

- Altos índice de desemprego
- Sedentarismo
- Doenças parasitarias.
- Venda de droga na comunidade.
- Muitos animais na rua abandonados.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde ESF Carmelândia, município de Belém, estado de Pará.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de pessoas obesas	Media	25	total	1°
Sedentarismo	Alta	20	total	2°
Níveis elevados de colesterol e triglicerídeos	Media	18	Parcial	3°
Aumento da circunferência abdominal	Media	17	Parcial	4°
Desconhecimentos da doença	Alta	20	Parcial	5°

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Vive-se hoje uma verdadeira pandemia de sobrepeso, obesidade mórbida e síndrome metabólica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde a prevalência de pacientes com sobrepeso é de 1,9 bilhões e, a de obesos, 600 milhões. Atualmente, a obesidade mórbida é o segundo fator de morte evitável no Brasil, superada apenas pelo tabagismo. O modo de vida do nosso mundo contemporâneo certamente tem grande parcela de culpa. Observamos que as políticas e as diretrizes estão muito mais voltadas para a solução deste problema através de medidas burocráticas, ineficazes e difíceis de serem executadas na prática, ao invés de desenvolver ações preventivas e assistenciais eficazes que tornem acessível o tratamento da obesidade (OMS, 2015).

O sistema de vigilância alimentar (SISVAN) tem como um de seus objetivos principais o controle permanente do quadro epidemiológico da situação nutricional da população como um todo ou de segmentos mais vulneráveis dessa população. Para um sistema de vigilância nutricional, é fundamental que se utilizem indicadores fáceis de ser observados e que sejam validos para a avaliação do estado nutricional. Na USF da Carmelândia o grande numero de pacientes obesos gera a longo prazo doenças crônicas com diversas complicações cardiovasculares, diabetes e alterações no aparelho osteomuscular o que levou a realizar este trabalho e levar em consideração a saúde do paciente obeso.

3 OBJETIVOS

3.1Objetivo Geral:

Sistematizar a atenção à saúde do paciente obeso na Unidade básica de saúde da Carmelândia.

3.2 Objetivos específicos:

- Ampliar a cobertura nas consultas dos pacientes que tenham obesidade.
- Melhorar a qualidade da atenção do paciente obeso na Unidade de Saúde.
- Melhorar a adesão dos obesos que consultam na unidade básica de saúde.
- Incentivar a realização deatividade física nos pacientes obesos.
- Mapear os obesos de risco cardiovascular da área de abrangência.
- Investigar níveis de colesterol e triglicerídeos nos pacientes obesos.
- Classificar a obesidade de acordo ao sexo, idade e renda familiar.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho será desenvolvido na UBS da Carmelândia, situado no Município de Belém/PA. A população estimada desta região é de 6000 habitantes, predominando famílias de baixo nível socioeconomico. Os pacientes selecionados serão os obesos adulto, com mais de 18 anos de idade, de ambos os sexos. As pessoas com obesidade foram escolhidas como alvo deste trabalho, pois foi um dos nós críticos principais observados nesta comunidade e para a realização da pesquisa teremos o apoio dos ACS e dos outros componentes da equipe para o desenvolvimento do trabalho.

Foi realizado também consultas a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, dados da internet etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

As variáveis explicitas que serão consideradas: medidas antropométricas, doenças crônicas, níveis de colesterol e triglicérides, prática de atividade física, idade e sexo, renda familiar, escolaridade. Os critérios de exclusão serão crianças e adolescentes.

Serão realizadas reuniões entre a equipe de saúde para programar e delinear palestras, rodas de conversas com previsão de serem realizadas mensalmente e estratégias contínuas para oferecer atenção a estes pacientes.

5- REVISÃO BIBLIOGRAFICA

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de Atenção à Saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Neste cenário epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País. As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos.Um dos principais destaques desta publicação é a abordagem integral e humanizada ao indivíduo com excesso de peso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis, a fim de incluir nas rotinas dos serviços de Atenção Básica a abordagem alimentar e nutricional como uma prática efetiva e cotidiana (BRASIL,2014).

A população brasileira passou por diversas mudanças nas últimas quatro décadas. Essas mudanças ocorreram na composição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população. Além da transição demográfica, também vivenciamos uma transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e a transição nutricional, com queda da desnutrição em todas as idades e aumento do excesso de peso, em todas as idades e classes de renda. Essa realidade tem implicações no que se refere ao complexo quadro de saúde-doença do País, uma vez que os problemas ambientais, de violência e do processo de envelhecimento populacional, com aumento das doenças e agravos não transmissíveis, somam-se aos problemas já existentes, como a morbimortalidade por doenças infecciosas e os problemas de saúde na infância (IBGE, 2010).

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, segundo dados da última pesquisa de orçamentos familiares Pesquisa de orçamentos familiares (IBGE, 2010), cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população maior de 20 anos apresenta excesso de peso. O que mais chama a atenção nessa epidemia é a velocidade com que ela aumentou nas últimas décadas. Em 1975 (IBGE, 1976) a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres; já em 2003, (IBGE, 2010) a prevalência entre homens era de 8,8% e de 12,7% em mulheres. Em 2009, a prevalência de obesidade era de 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres. O excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010). O aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do chamado mundo ocidental, em todas as faixas de idade e em ambos os sexos (ALVAREZ C., 2016)

Este complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde do SUS, em especial para a Atenção Básica. Por sua proximidade ao cotidiano de vida das pessoas, tem maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território, tornando-se local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população. Assim, as intervenções para a reversão do excesso de peso, das populações e dos indivíduos, precisam considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo e saúde. A Atenção Básica, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, deve

ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral (BRASIL, 2006).

A obesidade é um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo não balanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta. Esse não balanço energético positivo resulta em ganho de peso. Há diversos métodos para avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo. Na prática clínica cotidiana e para a avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo. O IMC é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m2. O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas (BRASIL, 2006).

O conteúdo aqui apresentado faz parte da publicação: Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN (BRASIL, 2008).Para o cálculo do IMC, são necessárias informações de peso (em quilogramas) e altura (em metros).

A fórmula para o cálculo do IMC é: $\frac{\text{peso (em kg)}}{\text{Altura2 (em metros).}}$

Para uma efetiva vigilância do estado nutricional dos usuários das Unidades de Saúde é necessário que a mesma esteja devidamente instrumentalizada para essa ação.

- Instrumentos para avaliação do estado nutricional:

• Equipamentos antropométricos: balança (estadiômetro infantil ou horizontal) e estadiômetro vertical.

- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do Índice de Massa Corporal (IMC).
- Cartões e cadernetas de acompanhamento do estado de saúde, por fase da vida:
- Caderneta de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde.
- Caderneta de Saúde do Adolescente, do Ministério da Saúde.

- Cartão da Gestante, do Ministério da Saúde.
- Caderneta do paciente idoso, do ministério da saúde.
- Gráficos ou tabelas de crescimento infantil (OMS 2006).
- Formulários de marcadores do consumo alimentar do Sisvan (Anexo A).

- Organização da linha de cuidado das pessoas com obesidade:

Para a atenção ao indivíduo portador de obesidade é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, desde a Atenção Básica (AB) até a Atenção Hospitalar. Na AB, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação: o Programa Saúde na Escola tem como uma das ações do Componente 1 (Avaliação das condições de saúde) realizar o diagnóstico nutricional dos educandos, que, ao serem diagnosticados com excesso de peso, devem ser encaminhados para a UBS. Outro importante ponto de atenção, situado na AB, são as Academias da Saúde e similares, espaço privilegiado para a realização de práticas de promoção à saúde constituindo-se em um espaço de captação de indivíduos com doenças crônicas, entre elas a obesidade. Na rotina da Atenção Básica, a VAN deve fazer parte do cuidado às demandas espontânea e programada. Os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura e para a classificação do estado nutricional dos indivíduos, além de conhecimento sobre os hábitos alimentares, permitindo identificar aqueles com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis e orientando a oferta de cuidado para estes casos. As ações de pesar e medir também podem ser realizadas na atenção à demanda espontânea, que pode ser importante momento de captação de usuários com excesso de peso que não frequentam a UBS nas ações programadas. Na prática do acolhimento, uma

atribuição de todos os profissionais, é preciso estar atento aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição, considerando-os determinantes de saúde e levando em conta a subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar (BRASIL, 2011).

Para além da Atenção Básica, os ambulatórios de especialidades, os hospitais e outros pontos de atenção que compõem a rede também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso, identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a Atenção Básica para que nesse espaço seja ordenado o cuidado do usuário na Rede de Atenção. Para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de Saúde devem estar capacitados e sensibilizados para essa temática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser, na maioria das situações, realizada na Atenção Básica. A partir da classificação de risco segundo IMC e de acordo com cada fase do curso da vida as equipes de Atenção Básica terão subsídios importantes para organizar a atenção a indivíduos com excesso de peso/obesidade. O fluxograma a seguir sintetiza a oferta de cuidado para indivíduos adultos conforme classificação do IMC. Neste CAB, serão fornecidas informações sobre o cuidado da obesidade nas demais fases do curso da vida que auxiliará as equipes na organização da atenção a gestantes, a crianças, a adolescentes e a idosos com excesso de peso/obesidade. É fundamental garantir apoio diagnóstico e terapêutico para que a Atenção Básica seja resolutiva no controle dos casos de obesidade. Isto inclui aspectos de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (como rampas de acesso, portas largas, cadeiras, macas e balanças com capacidade para mais de 200 kg, esfignomanômetro, entre outros), oferta e acesso regular a exames solicitados e a medicamentos prescritos, oferta de práticas integrativas e complementares, teleconsultoria, apoio matricial, articulação com demais pontos da RAS, entre outros. Na prevenção e no tratamento do sobrepeso/obesidade, o apoio matricial interdisciplinar é um grande potencializador da resolutividade das equipes da Atenção Básica, pois promove 33 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade a

ampliação dos saberes acerca da complexidade desses agravos e permite uma melhor oferta de cuidados. Nesse sentido, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) cumprem esse papel com as equipes de Saúde da Família, por se configurarem como equipes multiprofissionais. O Ministério da Saúde vem trabalhando no sentido de elaborar diretrizes para as ações dos NASF, com o objetivo de avançar na qualificação das atividades das equipes, efetivando ações que vão da promoção à reabilitação, fundamentais para a garantia da integralidade (BRASIL, 2006a).

6 – PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 2– Operações sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema da Obesidade, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelândia, do município de Belém, Estado doPará.

Nó crítico 1	A necessidade de ampliar a cobertura nas consultas dos pacientes que tenham obesidade.
Operação	- Monitorar a cobertura dos obesos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente. - O monitoramento da cobertura dos obesos será realizado a cada 6 mesese para isso serão avaliados nos prontuários clínicos quando necessários, e as fichas das ACS. Quem será responsável por este monitoramento será a enfermeira. - Manteremos um arquivo específico para os usuários cadastrados, o que facilitará o monitoramento.
Projeto	"Acolher obesos".
Resultados esperados	- Cadastrar todos os obesos da área de cobertura da unidade de saúde. -Monitorar e dar cobertura aos obesos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente cada 6 meses. - Diminuição do peso de acordo ao grau de obesidade, com uma media de 10% do peso em 6 meses. - Assistência da População à palestras e atividades de Educação permanente para melhorar o trabalho contra a Obesidade. - Capacitar a equipe para atuar a favor da saúde do obeso.

Produtos esperados	- Palestras educativas 1 vez por mês. Rodas de conversas. - Reuniões quinzenais com a equipe.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais da equipe como os agentes comunitários de saúde, médico e enfermeiro. Cognitivo: Manual sobre Obesidade Financeiro: recursos para impressão de folder e comunicados. Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Médico Cognitivo:Manual do sobre Obesidade Político:Adesão do gestor local Financeiro:recursos para impressão de folder e comunicados.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Atividade física programada com a Equipe do NASF
Prazo	2 Meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Enfermeiro
Processo de monitoramento e	O processo de monitoramento será feito pela revisão dos prontuários, o cronograma de atividades e as fichas criadas

avaliação das ações	para acompanhar a saúde do paciente.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quadro 3– Operações sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema da Obesidade, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelândia, do município de Belém, estado de Pará.

Nó crítico 2	- Melhorar a qualidade da atenção do paciente obeso na Unidade de Saúde.
Operação	- Monitorar a realização de Avaliação nutricional e clínica pelo menos cada 6 meses em todos obesos acompanhados pela unidade de saúde. - Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos obesos acompanhados na unidade de saúde. - Monitorar o número de obesos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. - Monitorar o número de obesos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. - Monitorar o número de obesos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. - Monitorar realização de visita domiciliar para obesos acamados ou com problemas de locomoção. - Monitorar o número obesos com pressão arterial sustentada maior que 140/90 mmHg submetidos a

	rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).
Projeto	“Alimentação saudável”
Resultados esperados	- Definir o diagnostico nutricional do paciente obeso. - Avaliar os exames laboratoriais dos pacientes. - Reduzir os valores de pressão arterial nos pacientes obesos com hipertensão arterial em 6 meses - Reduzir os valores de glicemia de jejum e hemoglobina glicada em pacientes obesos com diabetes mellitus (DM) em 6 meses. - Cadastrar 100%dos obesos acamados. -Orientar 100% dos obesos sobre uma alimentação saudável.
Produtos esperados	- Palestras educativas 1 vez por mês. - Reuniões quinzenais com a equipe. - Avaliação clínica cada 6 meses.
Recursos necessários	- Estrutural: profissionais da equipe como os agentes comunitários de saúde, médico e enfermeiro. - Cognitivo: Manual do Ministério da Saúde sobre Obesidade - Financeiro: recursos para impressão de folder e comunicados. - Político: Mobilização social.
Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos	- Favorável
Ações estratégicas	- Avaliação clínica
Prazo	- 6 meses

Responsável pelo acompanhamento das ações	- Médico - Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- O processo de monitoramento será feito pela revisão dos prontuários, o cronograma de atividades e as fichas criadas para acompanhar a saúde do paciente.

Quadro 4– Operações sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema da Obesidade, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelândia, do município de Belém, estado de Pará.

Nó crítico 3	- Melhorar a adesão dos obesos que consultam na unidade básica de saúde.
Operação	- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos obesos adotado pela unidade de saúde. - Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. - Organizar a agenda para acolher os obesos provenientes das buscas domiciliares

- Projeto	‘Aderir para não adoecer”
Resultados esperados	- Adesão adequada dos obesos ao acompanhamento na consulta - Diminuição no numero de visitas dos obesos faltosos. - Participação da equipe no acolhimento.
Produtos esperados	Palestras educativas 1 vez por mês e rodas de conversa. Reuniões quinzenais com a equipe. Avaliação clínica cada 6 meses.
Recursos necessários	- Estrutural: profissionais da equipe como os agentes comunitários de saúde, médico e enfermeiro. - Cognitivo: Manual sobre Obesidade - Financeiro: recursos para impressão de folder e comunicados. - Político: Mobilização social.
Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos	- Favorável
Ações estratégicas	-Avaliação cíinica
- Prazo	- 6 meses
Responsável	- Médico

(eis) pelo acompanhamento das ações	- Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- O processo de monitoramento será feito pela revisão dos prontuários, o cronograma de atividades e as fichas criadas para acompanhar a saúde do paciente.

Quadro 5– Operações sobre o "nó crítico 4" relacionado ao problema da Obesidade, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelândia, do município de Belém, estado de Pará.

Nó crítico 4	- Sedentarismo nos pacientes obesos
Operação	- Estimular a prática de atividade física com previa avalição física.
Projeto	- "Atividade física para vida saudável"
Resultados esperados	- Participação de 100% dos obesos nas práticas de atividade física. - Bom registro das informações no prontuário.
Produtos esperados	- Palestras educativas 1 vez por mês. - Reuniões quinzenais com a equipe. - Atividade física programada 3 vezes por semana

Recursos necessários	- Estrutural: profissionais da equipe como os agentes comunitários de saúde, médico e enfermeiroe a equipe do Nasf. - Cognitivo: Manual do Ministério da Saúdesobre Obesidade - Financeiro: recursos para impressão de folder e comunicados. - Político: Mobilização social.
Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos	- Favorável
Ações estratégicas	- Avaliação clínica
Prazo	- 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	- Médico - Enfermeiro - NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- O processo de monitoramento será feito pela revisão dos prontuários, o cronograma de atividades e as fichas criadas para acompanhar a saúde do paciente.

Quadro 6– Operações sobre o "nó crítico 5" relacionado ao problema da Obesidade, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelândia, do município de Belém, estado de Pará.

Nó crítico 5	- Mapear os obesos de risco cardiovascular da área de abrangência.
Operação	- Realizar avaliação do risco cardiovascular durante a consulta dos pacientes obesos. - Determinar os níveis de colesterol e triglicerídeos nos pacientes obesos.
Projeto	"Monitorar os pacientes com risco cardiovascular".
Resultados esperados	- Encaminhamento com o Cardiologista no caso de risco cardiovascular elevado. - Dar cuidado continuado a esses pacientes encaminhados à avaliação secundaria. - Programar atividade física de acordo ao seu risco cardiovascular.
Produtos esperados	- Palestras educativas 1 vez por mês. - Reuniões quinzenais com a equipe. - Atividade física programada 3 vezes por semana
Recursos necessários	- Estrutural: profissionais da equipe como os agentes comunitários de saúde, médico e enfermeiroe a equipe do Nasf. - Cognitivo: Manual do Ministério da Saúdesobre Obesidade - Financeiro: recursos para impressão de folder e comunicados. - Político: Mobilização social.

Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos	- Favorável
Ações estratégicas	- Avaliação clínica
Prazo	- 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	-Médico -Enfermeiro -NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- O processo de monitoramento será feito pela revisão dos prontuários, o cronograma de atividades e as fichas criadas para acompanhar a saúde do paciente.

Quadro 7 – Operações sobre o "nó crítico 6" relacionado ao problema da Obesidade, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carmelândia, do município de Belém, estado de Pará.

Nó crítico 6	- Classificar a obesidade de acordo ao sexo, idade e renda familiar.
Operação	- Definir e classificar os obesos depois de completada a primeira avaliação clínica e laboratorial e relacionar os resultados.

	- Analisar os resultados da avaliação física, laboratorial e antropométrica.
Projeto	“Plano de trabalho aos obesos de acordo a analise dos resultados clínicos, laboratoriais”
Resultados esperados	- Classificar o paciente de acordo ao peso. - Classificar o paciente de acordo ao laboratório. - Programar a dieta de acordo a avaliação nutricional.
Produtos esperados	- Palestras educativas 1 vez por mês. - Reuniões quinzenais com a equipe. - Atividade física programada 3 vezes por semana
Recursos necessários	- Estrutural: profissionais da equipe como os agentes comunitários de saúde, médico e enfermeiro e nutricionista - Cognitivo: Manual do Ministério da Saúdesobre Obesidade - Financeiro: recursos para impressão de folder e comunicados. - Político: Mobilização social.
Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos	- Favorável
Ações estratégicas	- Avaliação laboratorial
Prazo	- 6 meses

Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	- Médico - Enfermeiro - Nutricionista
Processo de monitoramento e avaliação das ações	- O processo de monitoramento será feito pela revisão dos prontuários, o cronograma de atividades e as fichas criadas para acompanhar a saúde do paciente.

7 CRONOGRAMA E RESULTADOS ESPERADOS

Quadro 9 – Cronograma de execução da continuação do projeto relacionados ao “nó crítico 1, 2, 3,4, 5, 6 e 7”.

ETAPAS 2019	V	FFE R	MMA R	AAB I	MMA N /JUL	JJU O	AAG T	SSE T	JOU V	NNO Z	DDE
Continuação das		X	X	✖	✖	✖	✖	✖			

reuniões da equipe de saúde										
Continuação das palestras educativas e busca ativa		✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Continuação dos atendimentos aos pacientes obesos	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Classificação de risco dos pacientes		✖	✖	✖	✖		X	X		
Solicitação de exames laboratoriais		✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖	✖
Reunir com a equipe para seguimento das atividades de maneira continuada.								✖	✖	✖

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma forma programada planificou ações para melhorar a saúde dos obesos na área pertencente à Unidade Básica de Saúde da Carmelândia em Belém do Pará.

A comunidade conta com um total de 6000 habitantes. Antes de dar início ao nosso projeto, não existia nenhuma visão preventiva à saúde do paciente obeso. Vive-se hoje uma verdadeira pandemia de sobrepeso, obesidade mórbida e síndrome metabólica, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

Para a realização deste trabalho contamos primeiramente com o apoio, a união e o amor da equipe de saúde e de todos os profissionais da unidade.Todos os profissionais da unidade obtivemos aprendizados diferentes para melhorarem a forma de atendimento da população. Os agentes comunitários de saúde fizeram o cadastro da população com obesidade.

Foi feito toda semana o acompanhamento de todo o trabalho para ver se estava sendo feito de forma correta, e para saber onde precisava melhorar. Também se fizeram visitas domiciliares, onde a família recebia orientação sobre estas doenças e sua prevenção, igualmente aconteceu em cada ação de saúde realizada onde os obesos eram orientados sobre alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, os riscos de fumare do uso de bebida alcóolica.

Os obesos foram examinados nas consultas e nas visitas domiciliares, com qualidade, com a avaliação de risco de cada um de ficar doente, assim como a indicação dos exames e medicamentos.

Ainda temos trabalho a fazer, econtinuaremos em 2019, com as atividades que constam no cronograma,e fortalecendo as ações que fizemos, porque percebemos que os resultados que conseguimos foram muito bons, e a população que foi atendida ficou muito satisfeita com a melhora na sua qualidade de vida.

9REFERENCIAS

ALVAREZ, C. **Projeto de intervenção para diminuir a alta incidência de obesidade em adultos do PSF Renascer diamantina/MG.** Universidade Federal de Minas Gerais 2016.

BELÉM (Pará), 2018. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Wikimedia, 2018. Disponível em:<https://pt.wikipedia.org/wiki/Belém_(Pará)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da atenção básica n12: Obesidade**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.

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. 128 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos de atenção Básica – Estratégias para o cuidado de pessoas com obesidade.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf) Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância alimentar e nutricional** SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

IBGE, 2010. **Pesquisa de orçamentos familiares** 2008-2009. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000108.pdf) Acesso em: 10 dez. 2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Recursos Transferidos**. Disponível em:www.portaldatransparencia.gov.br/transferencias/consulta 2016. Acessoem: 10 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation**. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.