

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

Lia Rodrigues de Lima Melo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA TAXA DE SOBREPESO E
OBESIDADE EM PACIENTES DA EQUIPE 26 - UBS CAIC VIRGEM DOS POBRES
– MACEIÓ/AL**

Maceió

2020

Lia Rodrigues de Lima Melo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA TAXA DE SOBREPESO E
OBESIDADE EM PACIENTES DA EQUIPE 26 - UBS CAIC VIRGEM DOS POBRES
– MACEIÓ/AL**

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: Juliana Enders Lisboa

Maceió

2020

Lia Rodrigues de Lima Melo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA TAXA DE SOBREPESO E
OBESIDADE EM PACIENTES DA EQUIPE 26 - UBS CAIC VIRGEM DOS POBRES
– MACEIÓ/AL**

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

Orientadora: Juliana Enders Lisboa

Banca examinadora:

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Maceió, em 03 de agosto de 2020.

À Deus que sempre direcionou a minha vida e faz maravilhas por mim.

Ao meu esposo Júlio por estar sempre ao meu lado e oferecer ajuda para execução desse trabalho; à minhas primas Marta e Leila pela orientação quanto a realização do mesmo, aos pacientes e colegas de trabalho no Posto de Saúde CAIC Virgem dos Pobres, que me fizeram e fazem crescer pessoal e profissionalmente e à orientadora Juliana pelo suporte na execução.

À vocês, a minha eterna gratidão.

RESUMO

O excesso de peso e a obesidade constituem grandes desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas públicas, considerando-se que atualmente uma expressiva parcela da população se encontra nessa condição. Além de comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, estão associados com as doenças crônicas não transmissíveis, tais como: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e câncer. O presente estudo tem como objetivo a elaboração de um projeto para redução do número de pacientes sobrepeso e obesos em uma Unidade de Saúde da Família.

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Saúde da Família.

ABSTRACT

Overweight and obesity are major challenges to be faced by health professionals, managers and public policy makers, considering that currently a significant portion of the population is in this condition. In addition to compromising the quality of life of individuals, also are associated with chronic non-communicable diseases, such as diabetes, hypertension, cardiovascular diseases and cancer. The present study aims to develop a project to reduce the number of overweight and obese patients in a Family Health Unit.

Keywords: Obesity. Overweight. Health Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAIC	Centro de Atenção Integrado à Criança
CIACs	Centros Integrados de Atendimento à Criança
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica da Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO	9
1.2 COMUNIDADE DO TRAPICHE	9
1.3 UNIDADE CAIC VIRGEM DOS POBRES	9
1.4 EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	12
1.5 FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE CAIC VIRGEM DOS POBRES	13
1.6 O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 26.....	13
1.7 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE	13
1.8 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS: A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVO	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. METODOLOGIA	18
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO	24
6.2 O DESENHO DA OPERAÇÃO	24
6.3 AS PARCERIAS ESTABELECIDAS	25
6.4 OS RECURSOS NECESSÁRIOS.....	25
6.5 O CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	25
6.6 OS RESULTADOS ESPERADOS	26
6.7 A AVALIAÇÃO.....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Maceió é um município brasileiro, capital do estado de Alagoas, na Região Nordeste do país. Ocupa uma área de 509,5 km², sua população em 2017, é de 1.012.387 habitantes (IBGE), sendo a décima quarta capital brasileira a ultrapassar a marca de um milhão de habitantes residentes, e a quinta do Nordeste.

A cidade tem uma temperatura média anual de 25 a 29 graus centígrados. Na vegetação original do município, pode-se observar a presença de herbáceas (gramíneas) e arbustivas (poucas árvores e espaçadas). Com uma taxa de urbanização da ordem de 99,75 por cento, seu IDH é de 0,735, considerado alto pelo Programa das Nações Unidas.

Maceió é a principal cidade do estado e, atualmente, vive um intenso crescimento econômico e de infraestrutura. É o maior produtor brasileiro de sal-gema. Seu setor industrial diversificado é composto de indústrias químicas, açucareiras e de álcool, de cimento e alimentícias. Possui agricultura, pecuária e extração de gás natural e petróleo. Possui o maior PIB do estado, 9.143.488.000 reais: o 40º maior do Brasil.

As festividades realizadas na cidade anualmente atraem uma enorme quantidade de turistas. Conta com importantes monumentos, museus, como o Mirante da Sereia, o Memorial Gogó da Ema, o Memorial Teotônio Vilela, o Memorial à República, o Museu Palácio Floriano Peixoto, o Museu Théo Brandão, o Teatro Deodoro. Foi desmembrada em 1839 da antiga Vila de Santa Maria Madalena da Alagoa do Sul, atual cidade de Marechal Deodoro. Sempre conhecida como "Cidade-Sorriso" e "Paraíso das Águas", hoje é considerada como o "Caribe Brasileiro", devido às suas belezas naturais, que atraem turistas de todo o mundo.

1.2 Comunidade do Trapiche

Aspectos Gerais

O Trapiche da Barra é um dos bairros mais antigos de Maceió. Começou com um porto na lagoa Mundaú, que transportava mercadorias e passageiros entre a antiga capital (atual Marechal Deodoro) e a vila, que depois transformou-se em capital

da província. De antigo, restou a igrejinha de Nossa Senhora da Guia, bem próxima ao antigo porto, que ainda funcionava até a década de 70, quando não existia a rodovia em demanda ao litoral Sul, passando pela ilha de Santa Rita. Aos poucos, o bairro foi modernizando, e transformou-se num reduto da classe média, que construí suas casas em demanda a orla marítima, partindo do Estádio Rei Pelé, na Avenida Siqueira Campos, que começa no Prado e termina na Praça Pingo D'água, se constituindo numa das mais extensas da cidade, com pista dupla e já transformada em comércio, restando poucas residências.

Na década de 60 veio o progresso com a construção do Estádio Rei Pelé "Trapichão". Depois, o Hospital José Carneiro, o Constância de Góes Monteiro, a Escola de Ciências Médicas, o Pronto-Socorro, e mais recentemente o Ginásio do Sesi e o Pavilhão Multi-Eventos.

Ao decorrer da década a urbanização foi um agente de transformação, as ruas foram pavimentadas e arborizadas, e de um simples reduto de pescadores, o Trapiche se transformou em um bairro de classe média da capital, a partir dos anos 70. Mobilidade urbana conta com transporte público, sendo o ônibus o principal meio com linhas que, através das Avenidas Siqueira Campos, como pela Assis Chateaubriand, na orla marítima, levam passageiros para o Centro e outros bairros.

Como os demais bairros de Maceió, o Trapiche da Barra também tem seu próprio comércio, garantindo o abastecimento da sua população. São mercadinhos, padarias, farmácias, lanchonetes, bares, restaurantes e outros estabelecimentos comerciais. Em dia de jogo de futebol no Rei Pelé ou no Ginásio do Sesi, o bairro se agita. São centenas de carros percorrendo suas ruas e avenidas e o movimento nos bares e restaurantes, é intenso.

Por quase toda a extensão da Avenida Siqueira Campos, existem os mais variados ramos do comércio. Numa das ruas que interligam essa avenida a orla marítima, o bar das Ostras, um dos mais antigos e famosos da cidade, atrai um bom público, principalmente turistas. Outros bares, também são bastante movimentados nos fins de semana. Moradores das proximidades do Rei Pelé, improvisam lanchonetes ou bares em suas casas, aproveitando o intenso movimento naquela área. Já existem pizzarias, sorveterias e muitos bares, servindo a cerveja gelada e tira-gosto à base de frutos do mar ou da lagoa. A região é formada demográfica com

área de 1,75 km² e população de 25.303 habitantes constituídos de 11.859 mulheres e 13.444 homens, conforme dados IBGE 2010.

1.3 Unidade CAIC Virgem dos Pobres

A unidade surgiu como uma estrutura de saúde inserido no Centros Integrados de Atendimento à Criança (CIACS) em 1994, na época do Fernando Collor quando Presidente. Foi montada uma estrutura do hospital José carneiro com o nome de NASF (apesar do mesmo nome, esta é uma outra instituição diferente do da atualidade) para tornar esse hospital mais conhecido. Havia nessa estrutura diversas especialidades médicas, como ginecologista, pediatra, obstetra e cirurgiões. Esse sistema funcionou por 2 anos, após isso, foi criado uma Unidade de Saúde da Família (USF) sob os moldes do programa do Governo Federal em 1996. A ideia era criar uma estrutura de qualidade sob liderança de professores, denominado Polo de Saúde da Família no qual entrava a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), UNCISAL, a prefeitura de Maceió e o estado de Alagoas, no intuito de ser uma unidade modelo para o PSF. No início (por 2 a 3 anos) a gestão era estadual, depois houve municipalização da gestão do PSF. Nesse momento, a equipe era composta por 6 agentes, 2 técnicos de enfermagem, 1 médico e 1 enfermeira.

Em março de 2017, a USF CAIC Virgem dos pobres foi reformada estruturalmente e entregue a comunidade. Atualmente, a unidade pertencente ao II distrito sanitário da cidade de Maceió Alagoas, é composta por três equipes de saúde da família, sendo que duas delas operam com o Programa Mais Médicos (PMM). Todas as equipes da unidade são cobertas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composto por um educador físico, uma fisioterapeuta, duas nutricionistas, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, uma assistente social.

A equipe 26 é constituída por um médico generalista do PMM, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma cirurgiã dentista, auxiliar de saúde bucal e uma técnica de saúde bucal.

A Unidade de Saúde da Equipe 26 foi inaugurada há 23 anos e está situada ao lado do Papódramo na Avenida Senador Rui Palmeira do Vergel do Lago. É uma extensão da escola municipal Caic Virgem dos Pobres que foi adaptada para uma Unidade de Saúde. O ambiente passou por reforma recente, porém quando chove

temos problemas de escoamento de água pelas paredes em todo o posto. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a sala dos ACS para realização de reuniões, que não é adequada por precisarmos interromper o trabalho deles.

As reuniões com a comunidade são realizadas no auditório da escola que fica ao lado do centro de saúde, porém é um ambiente muito quente, sem ar condicionado ou ventilador e as reuniões ficam pouco produtivas devido ao calor.

A Unidade não conta com todos os recursos adequados para o trabalho da equipe. Não dispomos de nebulizador, nem de uma sala de observação confortável com suportes de soro e é constante a falta de medicamentos injetáveis o que impede o funcionamento de um atendimento de urgência, sendo necessário encaminhar para as UPA's casos simples.

1.4 Equipe de Saúde da Família

A equipe 26 é formada por diversos profissionais, sendo: 05 (cinco) agentes comunitários de saúde que atuam nas microáreas de 01 a 05, cobrindo uma área total de 630 (seiscentos e trinta) famílias cadastradas. Os ACS's (agentes comunitários de saúde) têm uma boa aceitação pela comunidade e são proativos na resolução dos problemas.

Além dos ACS's a equipe conta também com o trabalho de 01 (uma) técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma técnica em saúde bucal (TSB), uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira e uma médica, que de forma integrada atendem os pacientes da comunidade.

1.5 Funcionamento da Unidade de Saúde CAIC Virgem Dos Pobres

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 17horas. Dois seguranças se revezam em suas escalas para abrir e fechar a unidade. A recepção e o arquivo contam com a ajuda de 2 funcionárias que organizam a marcação dos atendimentos e orientam os pacientes em quaisquer dúvidas quanto ao atendimento. A marcação ocorre na véspera do dia do atendimento e devido a grande demanda, eles referem chegar às 5:00h da manhã para conseguir ficha para o atendimento.

1.6 O Trabalho da Equipe de Saúde Da Família 26

O tempo da Equipe 26 está ocupado com o atendimento de alguns programas, como: Pré-natal, Puericultura, Hiperdia (hipertensos e diabéticos) e atendimento demanda espontânea (adultos). Temos os grupos com acompanhamento mensal que conta com ajuda dos residentes da UNCISAL e da assistente social (grupos de gestantes, crianças e hiperdia). Devido a grande demanda de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “renovação das receitas” ao final das reuniões bimestrais, para que dessa forma eles não precisem agendar uma consulta apenas para renovação da receita controlada. A cada 15 dias nossa equipe se reúne para discutir os casos gerais dos pacientes e no final do mês temos 1 reunião geral com todos da unidade para planejar as palestras e grupos do mês seguinte.

Os pacientes agendam a marcação no dia anterior à consulta sob forma de distribuição de fichas por ordem de chegada. No dia do atendimento, recebem a ficha para organizar a ordem do atendimento. É realizada a triagem pelos técnicos de enfermagem (peso, altura, pressão arterial e glicemia capilar nos diabéticos) em seguida retornam à sala de espera para aguardar o início dos atendimentos. Ao final da consulta eles se direcionam à farmácia disponível dentro da unidade para retirar as medicações prescritas. Infelizmente a farmácia não funciona os 2 horários devido ter apenas 1 farmacêutico disponível.

1.7 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade

As principais causas de morbidade são Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doenças respiratórias, Doenças osteomusculares e Obesidade. Dessas, a obesidade nunca é o motivo que os levam a consulta. Muitas vezes é

desconhecido o perigo que o excesso de peso causa, sobretudo se hipertenso e diabético também.

A partir das fontes de dados, entrevistas com informantes-chave e busca ativa foram relacionados os principais problemas existentes na área: Alto índice de sobrepesos e obesos, hipertensos descompensados, diabéticos descompensados, alto risco cardiovascular, gravidez na adolescência, violência, desemprego e acúmulo de lixo.

1.8 Priorização dos Problemas: A Seleção do Problema para Plano de Intervenção

O problema prioritário no diagnóstico situacional foi o alto índice de pacientes com sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias, sobretudo na população adulta.

Podemos correlacionar como principais fatores causais (nós críticos) para esse elevado índice de obesidade: sedentarismo, alimentação incorreta, desinformação quanto a uma dieta saudável, pouco recurso para compra de alimentação mais nutritiva (frutas e legumes) e ansiedade.

2. JUSTIFICATIVA

No início dos anos 2000, um estudo publicado pela OMS - Organização Mundial da Saúde, considerou a obesidade uma epidemia mundial condicionada sobretudo pelo perfil alimentar e pelo sedentarismo. Os danos acarretados pela obesidade são extensos, se relacionando com diferentes enfermidades, incluindo as cardio e cerebrovasculares, a diabetes não-insulino dependente, a hipertensão arterial sistêmica e certos tipos de câncer. Inclusive, soma-se ainda, prejuízos psicossociais relacionados à discriminação dos indivíduos sob esta condição patológica, sendo os gastos públicos estimados com essa enfermidade de 2% a 7% dos orçamentos de saúde nos países desenvolvidos. (OMS, 2000).

No Brasil, de acordo com dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, publicados na “Pesquisa de Orçamentos Familiares” (IBGE, 2010), o aumento do sobrepeso e a obesidade vem crescendo em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e em todos os níveis de renda, sendo a velocidade desse crescimento mais significativa na população com menor rendimento familiar.

Decorrente do elevado índice de sobrepesos e obesos nos pacientes da comunidade a qual a equipe 26 desempenha seu trabalho, foi realizado um diagnóstico situacional nesta Unidade de Saúde do Município de Maceió-AL. A obesidade se destacou como um fator prevalente, além de se tratar de uma doença desencadeante de outras patologias, as quais somatizadas são fatores de risco das principais causas de óbitos em todo o mundo.

Diante disso, restou comprovada a necessidade de uma ação de combate à obesidade por meio de um trabalho conjunto que envolvem a Equipe de Saúde da Família, profissionais do NASF e a comunidade. A equipe envolvida no projeto tem o objetivo de auxiliar o controle da doença, através de ações de promoção à saúde, tais como a realização e orientação conjunta da prática regular de atividades físicas; oferta de suporte psicológico para controle da ansiedade; palestras com orientações quanto ao elevado risco de desencadear patologias cardiovasculares; orientação nutricional, entre outros.

A realização desse plano de ação favorece a uma melhora da qualidade de vida e da saúde da comunidade, redução de custos de tratamentos futuros para obesidade (uso de medicamentos controlados para redução de peso, acompanhamento com

endocrinologistas, cirurgias bariátricas), diminuição de riscos de Doenças Cardiovasculares e Neoplasias, e principalmente favorecer uma melhora da saúde física e mental dos pacientes.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar um Plano de Ação para reduzir o número de pacientes com sobrepeso e obesos da Equipe 26 da UBS CAIC Virgem dos Pobres – Maceió/AL.

3.2 Objetivos específicos

Orientações alimentares, sob forma de reuniões em grupo com a participação da Nutricionista do NASF;

Esclarecimento dos riscos cardiovasculares, realizadas nas reuniões pelo Médico e Enfermeiro da equipe;

Redução do Sedentarismo, através de grupos de caminhadas diários com o Educador físico e incentivo constante de toda a equipe para realização de atividades físicas oferecidas gratuita e diariamente no Estádio Rei Pelé, assim como orientações gerais para outras atividades;

Redução de 20% de peso em obesos e 10% em sobrepesos.

4. METODOLOGIA

A obesidade no Brasil vem crescendo a cada dia e sua redução envolve vários aspectos como: conscientização da importância da perda de peso, incentivo a realização de atividades físicas, acompanhamento de perda ponderal, suporte psicológico e orientação nutricional. É um trabalho complexo, que depende de diversos fatores relacionados a uma mudança de estilo de vida e, realizar essas mudanças, não é um processo fácil.

Para priorização do problema foi realizado o Diagnóstico Situacional na área de abrangência da ESF CAIC Virgem dos Pobres, no município de Maceió/AL. A partir do Diagnóstico Situacional foram identificados os principais problemas que acometem a área. O problema selecionado como prioridade 1, foi a alta incidência de obesidade em adultos.

Para melhor aprofundamento do tema, realizou-se uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicos, como Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e ScieLo (Scientific Electronic Library Online), por meio dos seguintes descritores: obesidade, sobrepeso, saúde da família, fator de risco, prevenção. Já para descrição do problema priorizado, foram utilizados alguns dados fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e outros produzidos pela própria equipe através de diferentes fontes de obtenção dos dados.

No intuito de minimizar os impactos dessa patologia na área abrangente, foi proposto um plano de ação através do Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos do Módulo de Planejamento e avaliações das ações em saúde.

Mediante uma análise das várias causas do problema escolhido, foram levantados os principais fatores que contribuem para obesidade. Após realizada essa identificação, foi possível propor soluções e estratégias para o enfrentamento do problema.

Para a execução das operações, definiram-se os recursos críticos a serem utilizados. Essa etapa constitui uma atividade fundamental para a análise da viabilidade do plano.

Finalmente para lograr a elaboração do plano operativo, foram definidos os responsáveis por cada ação, assim como os prazos para a realização de cada etapa.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A população do Brasil vem experimentando nas últimas décadas, intensas transformações nas suas condições de vida, saúde e nutrição. Dentre as principais mudanças destaca-se a ascensão da obesidade. A obesidade avança em todas as faixas etárias e classes sociais, com impacto significativo nas mulheres inseridas nos estratos de menor renda. Nota-se, ainda a difusão da obesidade em todas as regiões geográficas, especialmente, no meio urbano. O Brasil tem seguido tendência semelhante a verificada nos países latino-americanos. Todas essas transformações têm imposto ao campo da saúde pública inegável desafio na atualidade (FERREIRA E MAGALHÃES, 2006).

As Diretrizes Brasileiras de Obesidade revisadas e atualizadas pela ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016), apontam que a obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. O estudo projeta que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. Dessa forma, mais de 50% da população estará acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Entre crianças, a taxa seria em torno de 15%.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia em conjunto com a Sociedade Brasileira de Clínica Médica, dispõe que:

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade. A diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica são fatores determinantes ambientais mais fortes. Durante a consulta de um paciente que apresente sobrepeso ou obesidade, é fundamental avaliar as causas que levaram ao excesso de peso, bem como investigar possíveis morbidades associadas. (GUEDES et al, 2005)

As supramencionadas Diretrizes indicam ainda que a obesidade comum tem herança poligênica, pois nem todos os indivíduos ganham a mesma quantidade de peso quando expostos a dietas hipercalóricas. Um estudo realizado com 12 pares de gêmeos monozigóticos submetidos a dieta hipercalórica (acréscimo de 1.000 kcal/dia) mostrou grande variação de ganho de peso entre os indivíduos, porém os membros do par ganharam peso de forma semelhante. Dessa forma, o estudo concluiu que o risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto, quando um

dos genitores é obeso, eleva-se a 50%, atingindo 80% quando ambos são obesos (ABESO, 2016).

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde – OMS (OMS, 2015), o aumento da obesidade tem relação direta com as mudanças comportamentais ocorridas nas últimas décadas, especialmente devido à alimentação inadequada e ao sedentarismo.

Uma grande mudança na alimentação brasileira começou a partir da década de 1990 pois:

Com o incentivo às importações, promovido durante o Governo Collor, no período de março de 1990 a janeiro de 1995, proliferaram as grandes marcas multinacionais no campo alimentício, contribuindo para a transformação dos hábitos alimentares. As facilidades da alimentação do tipo fast food vêm contentando a população, principalmente devido à praticidade e ao cardápio variado. Ao mesmo tempo, aumenta o consumo de comida desequilibrada, voltada para o consumo de massa, não contemplando as necessidades nutricionais de cada indivíduo, nem uma alimentação equilibrada. (FELLIPE, 2004 *apud* SANTOS, 2003, p.)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE (IBGE, 2004), existem diferentes maneiras de mensuração da obesidade, sendo o índice de massa corporal (IMC) o principal indicador na avaliação do estado nutricional em adultos. Esse indicador é obtido por meio da razão entre o peso e o quadrado da altura do indivíduo e, segundo a classificação da OMS, proposta em 1995, valores maiores ou iguais a 25 kg/m² indicam excesso de peso e valores maiores ou iguais a 30,0 kg/m² caracterizam obesidade. (OMS, 1995)

É importante salientar que, durante a grande parte do século passado, os indivíduos acometidos pelas patologias alimentares eram identificados de acordo com a classe econômica a qual pertenciam, dessa forma, quem possuía maior poder econômico concentrava a quase totalidade dos casos de obesidade. No entanto, esse cenário foi-se alterando com o passar dos anos e, atualmente, a maior parte dos obesos está na população mais pobre.

O Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2014) em seu Caderno de Atenção Básica “Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade” traçou 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.

No Brasil, a obesidade tornou-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional. Desde a década de 1990, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999), do Ministério da Saúde, definiu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS. Posteriormente, o Ministério da Saúde redefine os cuidados para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

De acordo com Burlandy (BURLANDY et al, 2017), as questões nutricionais compõem a agenda pública de diferentes governos no Brasil desde a década de 1930, no entanto, a obesidade começou a ser tratada um “problema de saúde pública” apenas últimas quatro décadas, devido à realização de estudos populacionais que indicam sua crescente prevalência. Ademais, Malta (MALTA et al, 2014), constatou que foi somente nos últimos 15 anos que ela assumiu prioridade nas políticas públicas, devido sua magnitude, bem como a associação com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as cardiovasculares.

No que tange ao SUS – Sistema Único de Saúde, para esclarecer a evolução ao longo dos anos, é importante avaliar a trajetória traçada a partir das publicações orientadas em seus cadernos. Foi a partir de 2006, com a publicação de um Caderno de Atenção Básica nº 12, que o tema ganhou mais relevância ao enfatizar aspectos individuais tanto na configuração do problema quanto no seu enfrentamento, mas também sugeriu estratégias coletivas de promoção da alimentação saudável.

Já no ano de 2014, foi publicado Caderno de Atenção Básica, nº 38, que trouxe em detalhes a construção da linha de cuidado para obesidade no âmbito da atenção básica e, secundariamente, destacou ações de promoção da saúde.

É possível constatar por meio das políticas públicas implementadas, bem como pela análise dos Cadernos de Atenção Básica e dos documentos publicados durante esse intervalo de tempo, a crescente preocupação do Ministério da Saúde em organizar ações de enfrentamento da obesidade na atenção básica. Desde 2007 foram publicadas portarias com o intuito de estabelecer linha de cuidados e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade para os pacientes com sobrepeso e obesidade, inclusive, a garantia do tratamento cirúrgico. Mesmo que a cirurgia reforce o enfoque patológico e curativo, essa alternativa de tratamento passou a ser um direito no âmbito do SUS.

No entanto, ressalta-se que consultas individuais ou em grupo, cirurgia bariátrica, intervenções medicamentosas, mesmo que pudessem ser massificadas, não seriam suficientes para afetar os principais condicionantes do problema. Inclusive, Steyer (STEYER et al, 2016) esclarece que a cirurgia bariátrica é específica para um tipo de obesidade que não é a mais prevalente e pode ocasionar complicações relevantes.

Outro ponto bastante relevante a ser esclarecido é que a adesão ao tratamento individualizado é baixa, em grande parte porque os indivíduos continuam sendo submetidos às mesmas pressões ambientais que concorrem de forma desigual com a motivação pessoal para modificar práticas alimentares e comportamentais. (BORGES E PORTO, 2014)

Dessa forma, Francisco e Diez-Garcia (FRANSCISCO E DIEZ-GARCIA, 2015) defendem que a obesidade necessita também de uma abordagem terapêutica, deve ser tratada numa ordem pública e privada que abarque o maior número de áreas multidisciplinarmente e setores sociais, sob os enfoques externos e internos ao sujeito.

Além disso, conforme esclarece Regina (REGINA, 2014), não se pode achar que toda pessoa gorda precisa de tratamento por sua condição física, pois se está entrando numa esfera íntima do indivíduo, na qual cabe somente a ele decidir por aquilo que julga ser o mais adequado e correto para si. Portanto, é necessário atentar para não incorrer na gordofobia quando, na verdade, quer-se ajudar.

Entretanto, a obesidade deve ser reconhecida e tratada com doença, devendo o paciente entender que a perda de gordura corporal tem o propósito de redução da morbidade e mortalidade relacionada à obesidade, e não apenas a melhora estética.

Com perdas de 5 a 10% do peso corporal podem-se observar reduções expressivas dos níveis de pressão arterial, glicemia e lipídeos. (WADDEN e FOSTER, 2000).

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o foco na saúde integral, o que possibilita a compreensão da necessidade de um conjunto de condições para que a população goze de boa saúde e qualidade de vida. Assim, Scherer (SCHERER, 2012), dispõe que, no caso da doença da obesidade, que é constituída por inúmeros determinantes, a luta pelo controle da epidemia deve somar esforços com a Medicina e a Nutrição, além de incluir também a importância do papel do psicólogo, do assistente social e de outros trabalhadores da saúde.

Para o tratamento da obesidade é muito importante a abordagem multidisciplinar, conhecendo que não existe nenhum método eficaz isoladamente. Qualquer que seja o tratamento escolhido, deve-se associar mudanças no estilo de vida, dessa forma, o sucesso do tratamento irá depender da conjunção de diversos fatores como a gravidade do problema, das complicações existentes e das características próprias do indivíduo.

Portanto, a obesidade envolve inclusão social. Sabe-se que o Estado tem o poder-dever de abarcar os sujeitos portadores da obesidade na promoção de uma sociedade inclusiva, porém, atualmente essa inclusão permanece apenas no âmbito da saúde (clínico, nutrição, cirurgia, etc.), demandando boa parte da preocupação e do orçamento público do SUS, com gastos cada vez maiores devido ao crescimento desenfreado da população obesa. Esses gastos servem para manter um sistema integrado de ações multidisciplinares: tratamento clínico, psicológico, nutricional, atividade física, fisioterapia e assistência social. (TORRES FILHO, 2018)

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Serão incluídos no projeto todos os indivíduos adultos, entre 20 e 60 anos, residentes em uma das áreas assistidas pelo Programa da Saúde da Família, área de abrangência Conjunto Virgem dos Pobres III, pertencentes a Equipe 26, do bairro Trapiche na cidade de Maceió - Alagoas, que não esteja hospitalizado ou acamado, aceite participar voluntariamente e que seja classificado como obeso.

O estado nutricional será determinado pelo Índice de Massa Corporal (IMC= massa corporal em kg/estatura em m²) e a classificação utilizada será a recomendada pela Organização Mundial de Saúde⁴ a qual distingue os indivíduos nas seguintes categorias: "baixo peso" (IMC<18,5kg/m²), "normal" (IMC>18,5 a <24,9kg/m²), "sobrepeso" (IMC>25 a <29,9kg/m²) e "obesidade" (IMC >30kg/m²).

6.2 O Desenho da operação

Todos os indivíduos residentes na área Conjunto Virgem dos Pobres, área III, da Unidade de Saúde Caic Virgem dos Pobres, que respeitam os critérios acima citados, idade entre 20 e 60 anos, não esteja hospitalizado ou acamado e aceite participar voluntariamente, serão medidos e pesados pelos agentes comunitários de saúde. Para a medida do peso corporal, será utilizado uma balança digital portátil e para altura será utilizado régua de medida.

A partir dos dados coletados de peso e altura, será calculado o IMC e classificado os indivíduos sobrepesos e obesos. Os indivíduos selecionados serão divididos em grupos de 20 pessoas, que serão convocados para participar de um grupo fixo que se reunirá durante 5 semanas seguidas, uma vez por semana em um período de 3 horas para uma roda de conversa sobre os seguintes temas:

- Definição de obesidade, fatores de riscos, doenças associadas, diagnóstico e tratamento;
- Orientação nutricional;
- Alimentação compulsiva;
- Importância das atividades físicas e práticas saudáveis.

As rodas de conversa serão mediadas por médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e educador físico, respectivamente. Os pacientes serão recepcionados pelos agentes comunitários de saúde, técnica de enfermagem e mediador do dia. Serão pesados no primeiro e no último encontro pela equipe e recalculados o IMC.

No início de cada encontro os participantes irão receber uns folders com o resumo do assunto do dia, com espaço para anotações e uma caneta. No final, será oferecido um “lanche saudável” com sua respectiva receita, como sugestão de cardápio de uma alimentação saudável. Ao término dos 5 encontros os pacientes serão agendados para consultas individuais para plano terapêutico individual e rastreio de doenças associadas e os que tiverem condições físicas, serão convidados para participar de um grupo de atividade física regular. Além disso, serão realizadas palestras na comunidade, nas escolas, unidade de saúde e distribuído folders educativos para estimular a prevenção e mudar conceitos culturais.

6.3 As Parcerias Estabelecidas

Serão realizadas parcerias com a secretaria municipal de saúde, escolas locais, centro comunitário e demais instituições que demonstrem interesse em receber as ações.

6.4 Os Recursos Necessários

Será utilizada balança digital portátil, canetas, blocos de anotações, cartazes, folders educativos, cartão individual para controle do peso, projetor multimídia para expor o conteúdo, lanche para o final dos encontros, e equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educador físico, psicólogo e nutricionista.

6.5 O Cronograma de Execução

Pesagem e medida da população da área III - 1 mês
Cálculo do IMC e classificação dos indivíduos - 2 semanas
Convocação dos indivíduos selecionados - 2 semanas
Grupos / rodas de conversas - 5 semanas
Agendamento de consultas - 1 mês
Palestras na comunidade – 2 meses

6.6 Os Resultados Esperados

Os indivíduos sobrepesos e obesos orientados terão uma melhor percepção da doença e suas consequências, bem como dos recursos e formas de tratamento, permitindo uma mudança dos hábitos de vida, objetivando a redução percentual de cerca de 20% no peso corporal em obesos e 10% em sobrepesos.

6.7 A Avaliação

Será aplicado um questionário ao final de cada ação para os participantes pontuarem as coisas que aprenderam, pontos positivos e negativos. Além disso, os indivíduos serão acompanhados na unidade de saúde, com avaliação semanal do peso e IMC para avaliar sua melhora.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de enfrentamento do excesso de peso e da obesidade requer ação de diversos setores da sociedade e não apenas do setor de saúde, em especial da Saúde Suplementar.

Esse projeto visa o cuidado do excesso de peso e da obesidade na busca da melhoria da qualidade de vida dos beneficiários do SUS e da sustentabilidade de todo o setor, em uma só estratégia para o seu enfrentamento.

Procurou-se trazer alguns esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre a temática referente ao excesso de peso e à obesidade, entretanto, não se propõe esgotar o tema, sendo certa a necessidade do desdobramento das discussões e orientações a serem aplicadas na saúde suplementar.

Para tanto, foram reunidas sugestões e orientações com base em evidências científicas, que apontam para a integração entre procedimentos de prevenção e cuidado da obesidade, por meio de uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar.

Ressaltou-se a importância do acompanhamento dos dados antropométricos além de recomendações nutricionais e de práticas de atividades físicas fundamentais no suporte do enfrentamento do excesso de peso e da obesidade no âmbito da Saúde Suplementar.

Entretanto, para transformar a realidade é preciso que as recomendações de fato sejam adequadamente implementadas, atingindo seu objetivo.

As recomendações para as mudanças nos hábitos de vida devem ser graduais e prazerosas, respeitando a individualidade de cada um. A obesidade é resultado de uma complexa combinação de fatores biológicos, comportamentais, socioculturais, ambientais e econômicos.

Portanto, na abordagem individual recomenda-se ampliar o olhar para o contexto socioeconômico e cultural, adaptando recomendações e estratégias de implementação customizadas.

A Educação em Saúde é fundamental para adesão a hábitos de vida saudáveis, e é preciso que os profissionais de saúde repassem o conhecimento de forma leve e dinâmica para que não haja desistência dos usuários, objetivando a redução percentual de peso e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade** [relatório na internet]. São Paulo; 2016. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BORGES, S.A.C.; PORTO, P.N. **Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde**. Saúde Debate 2014; 38:338-46.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Diário Oficial da União 1999; 11 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424/GM/MS**, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União 2013; 28 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade. (Cadernos de Atenção Básica, 12)** Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BURLANDY, L. **A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo**. Ciência Saúde Coletiva 2009; 14:851-60.

CSP – Cadernos de Suade Publica. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro** . Rio de Janeiro; 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

FELLIPE, F. M. L. **Obesidade como um problema social: novas demanda profissionais ao Serviço Social**. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 239-248, jul/dez, 2004.

FERREIRA, J.P. **Diagnóstico e tratamento**. Artmed. Porto Alegre, 2005. P. 161-165.

HALPERN, A. A epidemia de obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v 43, n.3, jun.1999.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. **Obesidade no Brasil: tendências atuais** – (Revista Portuguesa de Saúde Pública) VOL. 24, N.o 2 — JULHO/DEZEMBRO 2006.

FRANCISCO, L.V.; DIEZ-GARCIA, R.W. **Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos**. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde 2015; 10:705-16.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008- 2009** [relatório na internet]. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004.

MALTA, D.C.; MOURA L.; PRADO, R.R; ESCALANTE, J.C.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011**. Epidemiol Serv Saúde 2014; 23:599-608.

REGINA, A. V. **Gordofobia: não é uma questão de saúde**. Disponível em: < <https://monstrosdosmares.com.br/produto/gordofobia-nao-e-uma-questao-de-saude/>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; SBCM - Sociedade Brasileira de Clínica Médica. **Obesidade: etiologia** [relatório na internet]. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/obesidade-etologia.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SCHERER, PATRICIA TERESINHA. **Política alimentar brasileira: fome e obesidade, uma história de carências.** Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 92 - 105, jan./jul. 2012.

STEYER, N.H.; OLIVEIRA, M.C.; GOUVÊA, M.R.F.; ECHER, I.C.; LUCENA, A.F. **Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Rev Gaúcha Enferm 2016; 37:e50170.

TORRES, J. S. F.; PEREIRA, S. L. B.; NOVO, B. N. **Obesidade: o novo desafio à política de saúde do SUS.** Disponível em: <https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=20206>. Acesso em: 10 jan. 2020.

WADDEN T.A e FOSTER, G.D. **Behaviour treatment od obesity.** Med Clin North Am. V.84, p441-61, 2000).

WHO - World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014** [relatório na internet]. Genebra; 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100420#B1>. Acesso em: 16 abr. 2020.

WHO - World Health Organization. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry.** Technical Report Series, nº 854. Genebra: World Health Organization; 1995.

WHO - World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic** [relatório na internet]. Genebra; 2000. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>. Acesso em: 02 jan. 2020.