

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

**CINDY MACHADO MELO RODRIGUES**

**OBESIDADE EM HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS CADASTRADOS NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS  
2015**

**CINDY MACHADO MELO RODRIGUES**

**OBESIDADE EM HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS CADASTRADOS NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nadja Cristiane Lappann Botti**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**  
**CINDY MACHADO MELO RODRIGUES**

**OBESIDADE EM HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS CADASTRADOS NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DEDICO**

Aos meus pais, irmãos e esposo Aécio pelo apoio constante  
ao longo dessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que tem me dado sabedoria a cada dia para conduzir cada paciente.

Aos meus familiares que não me deixaram desistir, com suas palavras de ânimo e carinho.

À minha orientadora Nadja Cristiane Lappann Botti pelas orientações.

Aos meus pacientes que com amor me acolheram.

À equipe de saúde da família do Vila Sion II pela colaboração de sempre.

## **EPÍGRAFE**

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

*Charles Chaplin*

## RESUMO

A obesidade é uma doença crônica não transmissível, multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura corporal em decorrência do desequilíbrio prolongado entre o consumo alimentar e o gasto energético. A obesidade apresenta relação com outras doenças metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos. Após observação do perfil de morbidade da população do território da Vila Sion II, em consultas médicas, e também do diálogo com a equipe de saúde, foi possível evidenciar a obesidade como problema de saúde relevante no território por sua morbidade, impacto na qualidade de vida e por ser uma doença extremamente relacionada como causa e agravante da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus. A partir da identificação deste problema foi realizado um estudo, que constou de uma revisão de literatura recorrendo-se a livros, artigos e revistas dispostos no acervo da biblioteca virtual NESCON e uma gama de outras bibliografias publicadas nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS. Na segunda etapa, elaborou-se um projeto de intervenção, com o objetivo de atuar sobre os nós críticos através dos projetos: “Academia na rua”, “Mais saúde” e “Saúde Mental”. O acompanhamento clínico desta doença permite a prevenção de agravos e complicações clínicas, portanto o plano de intervenção proposto visa identificar e classificar os pacientes obesos no território que possuem como comorbidade a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus para realização de atividades que melhorem a qualidade desses indivíduos e promovam o controle dessas patologias.

**Palavras-chave:** Obesidade. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

## **ABSTRACT**

Obesity is a chronic non-communicable disease, multifactorial, characterized by too much body fat as a result of prolonged imbalance between food intake and energy expenditure. Obesity is correlated with other metabolic diseases such as high blood pressure, cholesterol levels and blood triglycerides and insulin resistance. Among its causes are related biological, historical, ecological, economic, social, cultural and political factors. After observing the profile of morbidity of the territory's population Vila Sion II, in medical consultations, and also dialogue with the health team, it was possible to observe obesity as a significant health problem in the territory for its morbidity, impact on quality of life and for being an extremely related disease as a cause and aggravation of High Blood Pressure (HBP) and Diabetes Mellitus (DM) After identifying this problem we conducted a study, which consisted of a literature review making use of books, articles and magazines arranged in the virtual library collection NESCON and a range of other bibliographies published in the databases SciELO, MEDLINE and LILACS. In the second stage, was elaborated a project of intervention, in order to act on the critical nodes across projects: "Academy on the street", "More health" and "Mental Health". The clinical follow-up of this disease allows for disease prevention and clinical complications, so the proposed action plan aims to identify and classify the obese patients in the territory who have comorbid the DM and HBP to perform activities that enhance the quality of these individuals and promote the control of these diseases.

Keywords: Obesity. Diabetes Mellitus. Hypertension.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CC	Circunferência da cintura
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde de Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MG	Minas Gerais
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pud.Med	Publicações Médicas
PES	Planejamento estratégico Situacional
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação na Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
3.1 Objetivo geral .....	14
3.1 Objetivos específicos.....	14
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>16</b>
5.1 Conceito e Classificação .....	16
5.2 Epidemiologia .....	17
5.3 Relação entre Obesidade, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica .....	18
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>19</b>
6.1 Definição dos problemas .....	19
6.2 Priorização dos Problemas .....	19
6.3 Descrição do Problema Selecionado .....	19
6.4 Seleção dos “Nós-Críticos” .....	19
6.5 Desenho das Operações.....	20
6.6 Elaboração de um Plano Operativo .....	23
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Montes Claros é um município brasileiro localizado no norte do Estado de Minas Gerais, situado cerca de 420 km da capital do Estado. Ocupa uma área de 3.582,034 km<sup>2</sup>, sendo que 38,7 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano e os 3543,334 km<sup>2</sup> restantes constituem zona rural. Em 2014 sua população foi estimada pelo IBGE em 390.212 habitantes. O município foi emancipado no século XIX, tendo, há bastante tempo, a indústria e o comércio como importantes atividades econômicas, sendo considerado polo industrial da região. Atualmente é formado por dez distritos, sendo subdivido em cerca de 200 bairros e povoados. Montes Claros conta com diversos atrativos naturais, históricos ou culturais, como os Parques Municipal Milton Prates, Guimarães Rosa e Sapucaia, que são importantes áreas verdes; e construções como a Catedral de Nossa Senhora Aparecida e a Igrejinha dos Morrinhos, além de vários sítios arqueológicos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2015).

Os serviços de saúde municipal atendem todos os níveis de atenção sendo compostos por 224 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo 83 públicos e 141 privados. O município possuía 921 leitos para internação, sendo 241 públicos e 680 privados. Em Montes Claros há seis hospitais gerais, sendo um público, dois privados e três filantrópicos. Há no município 8.780 profissionais de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2015).

A Unidade de Saúde do Villa Sion II situa-se na região leste de Montes Claros. A sede do posto de saúde é compartilhada com duas outras Unidades Básicas de Saúde, sendo a Vila Sion I e Alto da Boa Vista. A Unidade de Saúde funciona de 7h às 12h e de 14h às 17h e possui consultórios médico e odontológico, sala de fisioterapia, vacina, curativos e de enfermagem, farmácia com medicação básica, sala de reuniões, almoxarifado, copa e banheiros. A equipe está na maior parte do tempo envolvida com atividades de atendimento à demanda espontânea e a algumas consultas programadas como pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos. Ainda há na Unidade os grupos operativos de hipertensos e diabéticos, de gestantes além do Planejamento Familiar.

Na equipe de saúde da família (ESF) da Vila Sion II foi realizada uma reunião com a equipe da área da saúde, incluindo médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde para determinação do problema da área de abrangência a ser elencado para o plano de intervenção. Os problemas elencados e sua priorização encontram-se no quadro a seguir.

**Quadro 1.** Problemas elencados e grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela Equipe da Saúde da Família da Vila Sion II, Montes Claros.

<b>Problema</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência (0 a 5 pontos)</b>	<b>Capacidade de enfrentamento da equipe</b>
Tráfico e uso de drogas ilícitas	Alta	4	Fora
Alcoolismo	Média	3	Parcialmente
Obesidade	Alta	4	Dentro
Alto nível de desemprego ou trabalho informal	Baixa	1	Fora
Gravidez na adolescência	Média	2	Parcialmente
Baixo nível econômico da população	Média	2	Fora
Má aderência dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos	Alta	3	Dentro

Fonte: Reunião com a Equipe da Saúde da Família da Vila Sion II, Montes Claros, (2015).

Após algum tempo de observação do perfil de morbidade da população, em consultas médicas, e também do diálogo com a ESF da Vila Sion II, foi possível evidenciar a Obesidade como problema de saúde relevante no território. Ressalta-se que apesar da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ser o problema mais prevalente na área de atuação, a Obesidade vem se destacando por sua morbidade, impacto na qualidade de vida além de ser uma doença extremamente relacionada como causa e agravante da HAS e do Diabetes.

Na população atendida pela ESF da Vila Sion II verifica-se entre os nós críticos para o enfrentamento do problema da Obesidade o costume de uma alimentação rica em lipídios e pobre em frutas e verduras, pois a população, em geral, devido ao baixo nível econômico, não conseguem ter uma alimentação variada, com frutas e verduras. Ainda observa-se baixa adesão aos exercícios físicos e elevada quantidade de problemas psicológicos, onde se identificam, geralmente, famílias desestruturadas, refletindo elevado nível de estresse e ansiedade da população. Essas causas foram percebidas e identificadas a partir da experiência dos profissionais de saúde e, portanto sem necessidade de apresentação através de um método de quantificação.

Entre os nós críticos identificados pela ESF da Vila Sion II verificam-se:

1. Hábitos e estilo de vida da população (sedentarismo, alimentação rica em lipídios);
2. Nível de conhecimento (desconhecimento sobre as consequências da doença);
3. Pressão social (desajuste familiar, uso de drogas lícitas - bebida alcoólica e cigarro - e ilícitas, tráfico de drogas);
4. Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário, falta de grupo operativo);
5. Estrutura dos serviços de saúde (não há educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar da doença);
6. Problemas psicológicos (ansiedade).

A Obesidade é uma doença crônica multifatorial, na qual observa-se aumento da reserva corporal de gordura, estando associada a diversas outras patologias crônicas e maior taxa de mortalidade (MONTEIRO; CONDE, 1999). O seu acompanhamento clínico permite a prevenção desses agravos e complicações, portanto o plano de intervenção proposto visa identificar os pacientes obesos no território que possuem como comorbidade o Diabetes e a HAS; além de realizar uma classificação dos mesmos para realização de atividades de acompanhamento clínico.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Obesidade não é uma patologia que apresenta uma única causa, na verdade engloba várias condições com múltiplas causas que resultam no fenótipo da Obesidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência da Obesidade indica a interação entre fatores dietéticos e ambientais associado com a predisposição genética. Entretanto, existem poucos indícios de que algumas populações são mais suscetíveis à Obesidade por predisposição genética, o que reforça serem os hábitos de vida, em especial a dieta e a atividade física, responsáveis pela diferença na prevalência dessa doença em diferentes grupos populacionais (WHO, 2000). Dentre os fatores alimentares, destaca-se o excesso de energia e, principalmente, de lipídeos, favorecendo o acúmulo da adiposidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990; ROLLS; SHIDE, 1992). Outro item indicado por Jebb (1997) é quanto à frequência alimentar, sendo que os indivíduos que consomem maior número de pequenas refeições ao longo do dia apresentam peso menor do que aqueles que consomem menor número de grandes refeições.

Em relação à prática de exercícios físicos, já é consenso que à medida que a sociedade se torna mais desenvolvida e mecanizada, a demanda por atividade física diminui e assim há redução do gasto energético diário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990; KRAUSS; WINSTON; FLETCHER; GRUNDY, 1998). Problemas psicológicos (estresse, ansiedade e depressão) também estão associados ao ganho de peso influenciando principalmente o fator alimentar (JEBB, 1997).

Na população atendida pela ESF Vila Sion II verifica-se o costume de uma alimentação rica em lipídios e pobre em frutas e verduras. Muitos usuários, devido ao baixo nível econômico, não conseguem ter uma alimentação variada e ainda verificam-se a baixa adesão aos exercícios físicos e elevada quantidade de problemas psicológicos. Essas causas são todas observacionais e percebidas da experiência clínica dos profissionais de saúde, tornando-se importante a identificação desses pacientes no território e posterior intervenção nos pilares supracitados (alimentação, atividade física e fatores psicossociais).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção visando estimular hábitos saudáveis de vida em pacientes hipertensos e/ou diabéticos obesos cadastrados na Unidade de Saúde da Vila Sion II em Montes Claros – Minas Gerais.

#### **3.1 Objetivos específico**

- Identificar na literatura evidências acerca da relação entre obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial;
- Estimular hábitos e estilos de vida saudável por parte dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados;
- Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados acerca da obesidade;
- Fomentar ações multiprofissionais a fim de reduzir o índice de obesidade entre os pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

#### 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto foi baseada na observação diária da unidade e discussão com a equipe da ESF de Vila Sion II no município de Montes Claros. Foi também realizado levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), MEDLINE e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do Módulo de iniciação científica (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Através do Hiperdia, momento de acompanhamento médico periódico de diabéticos e hipertensos na atenção primária, esses pacientes serão identificados e classificados e em seguida direcionados a participar do projeto de intervenção.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Conceito e Classificação

A obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT), complexa e multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura corporal em consequência do descontrole prolongado entre o consumo alimentar e o gasto energético (PEIXOTO *et al*, 2006 *apud* PINHO *et al*, 2013). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade está relacionada com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O instrumento mais utilizado atualmente para essa avaliação é o 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  $\text{kg/m}^2$ . O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos e complicações metabólicas (ANJOS, 1992 *apud* BRASIL, 2014). Yao *et al* (2002), acrescenta que apesar de muito utilizado o IMC não é capaz de fornecer informações sobre a composição corporal e distribuição da gordura no corpo.

Após a medida do IMC o paciente pode ser classificado quanto ao grau de obesidade, sendo que no Grau I o IMC deve ser maior ou igual a  $30 \text{ kg/m}^2$  e menor que  $34,9 \text{ kg/m}^2$ . Grau II IMC maior ou igual a  $35 \text{ kg/m}^2$  e menor que  $39,9 \text{ kg/m}^2$  e por último, IMC maior que  $40 \text{ kg/m}^2$  Grau III. Já o IMC maior ou igual a  $25 \text{ kg/m}^2$  será classificado como sobrepeso (GODOY-MATOS; OLIVEIRA, 2004).

Outro método muito utilizado em estudos epidemiológicos é a medida da Circunferência da Cintura (CC), usada para classificar os diferentes graus de obesidade abdominal. O primeiro estágio da obesidade abdominal ocorre quando a medida da CC é superior ou igual a 94 cm nos homens e a 80 cm nas mulheres. Este aumento de gordura na região abdominal é considerado fator de risco para doenças endócrinas, metabólicas e cardiovasculares, mesmo que com o IMC normal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000 *apud* VELOSO; SILVA, 2010).

Estudo realizado por Veloso e Silva (2010) mostra que considerando os males que a obesidade abdominal pode acarretar ao indivíduo, esse índice deveria ser medido em conjunto com o IMC na prática clínica, especialmente nas mulheres, pois isto possibilitaria o diagnóstico de indivíduos em risco nutricional precocemente.

## 5.2 Epidemiologia

O panorama mundial e brasileiro tem se modificado significativamente e as 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 (BRASIL, 2006, p.7).

No Brasil, aproximadamente 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. 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 (MONTEIRO, CONDE; POPKIN, 2007; POPKIN, 2010; POPKIN, 2011; JONES-SMITH *et al.*, 2011 *apud* BRASIL, 2014).

Entre as principais causas para a transição nutricional, ou seja, diminuição da desnutrição e aumento da obesidade, que acomete cada vez mais crianças e adolescentes encontram-se: as mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares. Esses são os principais responsáveis por esse novo cenário; o aumento no consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética e a diminuição da prática de exercícios físicos (OLIVEIRA *et al.*, 2003 *apud* OLIVEIRA; FISBERG, 2003). Neste estudo também foi observado que a obesidade infantil foi inversamente relacionada com a prática da atividade física sistemática, com a presença de TV, computador e videogame nas residências, além do baixo consumo de verduras, confirmando a influência do meio ambiente sobre o desenvolvimento do excesso de peso (OLIVEIRA *et al.*, 2003 *apud* OLIVEIRA; FISBERG, 2003).

A influência da alimentação inadequada fica mais evidente quando se compara populações orientais com ocidentais. Nas sociedades de hábitos ocidentais, a ingesta é predominantemente de alimentos processados, de alta densidade energética, com elevados teores de lipídios e carboidratos. Nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que nos últimos 100 anos o consumo de gorduras tenha aumentado em 67% e o de açúcar em 64%. Já o consumo de verduras e legumes diminuiu 26% e o de fibras 18% (YOUNG; NESTLÉ, 2002).

### 5.3 Relação entre Obesidade, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

Na literatura fica evidente a associação da obesidade com outras doenças relacionadas ao estilo de vida moderno. O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. Em um estudo observou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado e, embora não haja uma associação absolutamente definida entre a obesidade e as doenças cardiovasculares, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicérides e colesterol (WAITZBERG, 2000 *apud* BRASIL, 2006).

O quadro de DM se desenvolve em obesos após período de intolerância à glicose, quando a glicemia se mostra acima dos valores normais, o que conduz, na maioria dos casos, a um estado de hiperinsulinemia. Do mesmo modo, o diabetes mellitus (DM) tipo 2 ou a tolerância à glicose diminuída é, hoje, considerado parte da chamada síndrome metabólica ou de resistência à insulina, que tem ainda os seguintes componentes: hiperinsulinemia, obesidade central/abdominal, hipertensão arterial, dislipidemia, microalbuminúria (BRASIL, 2006).

No estudo realizado com hipertensos por Giroto, Andrade e Cabrera (2010) foi encontrada uma alta prevalência de obesidade abdominal, especialmente no sexo feminino, reforçando a necessidade de estratégias que promovam a diminuição da obesidade abdominal entre hipertensos. Para isso, a identificação da obesidade abdominal, por meio dessas medidas simples e de baixo custo, deveria fazer parte das ações rotineiras de atenção básica à saúde dos hipertensos.

Além da associação com DM e HAS, a obesidade acarreta consequências ainda mais danosas.

O excesso de peso associado ao acúmulo de gordura na região mesentérica, obesidade denominada do tipo central, visceral ou androgênica, está associado a maior risco de doença aterosclerótica. (SPOSITO; CARAMELLI; FONSECA; BERTOLAMI, 2007, p.6).

A obesidade é um dos fatores de maior risco para o adoecimento no grupo de DCNT. Sendo assim, a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes para a redução da morbimortalidade, 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 moderna (SCHMIDT *et al.* 2011 *apud*, BRASIL, 2014).

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Definição dos problemas**

Em meio aos diversos problemas encontrados pela equipe de saúde através do método observacional de estimativa rápida foram identificados como prioritários aqueles que causavam mais impacto no âmbito social e da saúde, sendo definidos: tráfico e uso de drogas ilícitas, alcoolismo, obesidade, alto nível de desemprego ou trabalho informal, gravidez na adolescência, baixo nível econômico da população e má aderência dos hipertensos e diabéticos aos tratamentos propostos.

### **6.2 Priorização dos Problemas**

Com o objetivo de eleger o problema prioritário foi considerado não apenas o nível de importância clínica, mas principalmente a urgência, capacidade de enfrentamento e o interesse da equipe de saúde pelo tema.

### **6.3 Descrição do Problema Selecionado**

É essencial ter em mente a dimensão do problema priorizado e o que ele representa na realidade de uma comunidade (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). Neste sentido, a obesidade em hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Vila Sion II no município de Montes Claros vem se destacando por sua morbidade, impacto na qualidade de vida, além de ser uma doença extremamente relacionada como causa e agravante da HAS e do Diabetes. Nota-se nessa população o costume de uma alimentação rica em lipídios e pobre em frutas e verduras. Muitos usuários, devido ao baixo nível econômico, não conseguem ter uma alimentação variada e ainda verificam-se a baixa adesão aos exercícios físicos e elevada quantidade de problemas psicológicos. Essas causas são todas observacionais e percebidas da experiência clínica dos profissionais de saúde, tornando-se importante a identificação desses pacientes no território. Essa identificação torna-se viável através do Hiperdia, momento de acompanhamento periódico e sistemático de diabéticos e hipertensos na atenção primária. Nessa oportunidade esses pacientes são identificados e classificados e direcionados a participar do projeto de intervenção.

#### **6.4 Seleção dos “Nós-Críticos”**

Na Estratégia de Saúde da Família Vila Sion II foram identificados os seguintes nós críticos:

- Hábitos e estilo de vida da população (sedentarismo e alimentação rica em lipídios);
- Nível de conhecimento população (desconhecimento sobre as consequências da doença);
- Pressão social (desajuste familiar, consumo de drogas lícitas e ilícitas, tráfico de drogas);
- Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário, falta de grupo operativo);
- Estrutura dos serviços de saúde (falta de educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar da doença);
- Problemas psicológicos (ansiedade).

#### **6.5 Desenho das Operações**

Sabendo que é essencial descrever as operações para o enfrentamento das causas, identificando os produtos e resultados para cada operação com seus respectivos recursos (econômicos, organizacionais e cognitivos) (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) foi possível construir o desenho de operações para os “nós” críticos do problema obesidade em hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Vila Sion II, em Montes Claros (Quadro 2).

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da obesidade em hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Vila Sion II, em Montes Claros, Minas Gerais.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação / Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Hábitos e estilo de vida da população	<p>“<i>Academia na Rua</i>”</p> <p>Propor para a Secretaria de Saúde a contratação de um educador físico para acompanhar a comunidade em caminhadas e orientar a realização de exercícios físicos.</p>	<p>Aumentar a adesão dos pacientes à prática de atividade física.</p> <p>Estimular os pacientes ao início da prática de atividade física.</p> <p>Diminuir a prevalência de pacientes sedentários.</p>	<p>Promoção de grupos de caminhadas composto de 10 pessoas sendo uma delas o educador físico.</p>	<p>Econômicos: Contratar um educador físico</p> <p>Organizacional: Organizar equipes com 9 pacientes obesos e um educador físico, definir um trajeto específico para a realização das caminhadas e dos exercícios físicos a serem realizados em uma praça do bairro após a caminhada.</p>
Nível de conhecimento dos pacientes	<p>“<i>Mais saúde!</i>”</p> <p>Fornecer informações nutricionais e de hábitos saudáveis de vida aos pacientes selecionados através de grupos operativos.</p>	<p>Maior conhecimento dos pacientes obesos acerca de hábitos saudáveis e das consequências dessa doença.</p>	<p>Melhora do empoderamento e autocuidado.</p>	<p>Organizacional: Dispor de uma equipe multiprofissional para organização de grupos operativos.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento adquirido e acumulado dos profissionais envolvidos.</p>

Fatores psicossociais	<p><i>“Saúde Mental”</i></p> <p>Identificar os fatores psicossociais que influenciam no processo do ganho de peso contando com o apoio dos profissionais psicólogo e médico da família definindo as necessidades de psicoterapia ou terapia medicamentosa para os pacientes com doenças psíquicas associadas ao quadro de obesidade, como depressão, ansiedade etc.</p>	Melhor resultado na perda de peso com auxílio médico e psicológico	Melhora do empoderamento e autocuidado	<p>Econômicos: Contratação de um Psicólogo</p> <p>Organizacional: Equipe multidisciplinar para realização de acompanhamento (médico, enfermeiro, psicólogo)</p>
-----------------------	---	--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

## **6.6 Elaboração de um Plano Operativo**

A partir da determinação do principal problema identificado foi elaborado o plano de intervenção visando atuar no índice de obesidade em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O plano de intervenção foi elaborado a partir das premissas de mudanças nos hábitos e estilos de vida, aumento dos níveis de conhecimento da população acerca da doença e melhoria dos fatores psicossociais associados à obesidade (Quadro 3):

Quadro 3 - Plano operativo para enfrentamento do problema da obesidade em hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Vila Sion II, em Montes Claros, Minas Gerais.

<b>Operação</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ação Estratégica</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<p>“Academia na Rua”</p> <p>Propor para a Secretaria de Saúde a contratação de um educador físico para acompanhar a comunidade em caminhadas e orientar a realização de exercícios físicos</p>	<p>Aumentar a adesão dos pacientes à prática de atividade física.</p> <p>Estimular os pacientes ao início da prática de atividade física.</p> <p>Diminuir a prevalência de pacientes sedentários</p>	<p>Promoção de grupos de caminhadas composto de 10 pessoas sendo uma delas o educador físico</p>	<p>Grupos de caminhadas com os pacientes obesos</p> <p>Carta de apresentação do projeto a Secretaria de Saúde</p>	<p>Equipe Multidisciplinar incluindo um educador físico</p>	<p>Início imediato com confecção da carta de apresentação do projeto para Secretaria de Saúde para contratação do educador físico</p>
<p>“Mais saúde!”</p> <p>Fornecer informações nutricionais e de hábitos saudáveis de vida aos pacientes selecionados através de grupos operativos</p>	<p>Maior conhecimento dos pacientes obesos acerca de hábitos saudáveis e das consequências dessa doença</p>	<p>Melhora do empoderamento e autocuidado</p>	<p>Organizar grupos operativos</p>	<p>Equipe Multidisciplinar</p>	<p>Início imediato com organização dos grupos operativos</p>

<p>“Saúde Mental”</p> <p>Identificar os fatores psicossociais que influenciam no processo do ganho de peso contando com o apoio dos profissionais psicólogo e médico da família definindo as necessidades de psicoterapia ou terapia medicamentosa para os pacientes com doenças psíquicas associadas ao quadro de obesidade, como depressão, ansiedade etc.</p>	<p>Melhor resultado na perda de peso com auxílio médico e psicológico</p>	<p>Melhora do empoderamento e autocuidado</p>	<p>Apresentar benefícios no trabalho de assistência psicológica</p>	<p>Equipe Multidisciplinar</p>	<p>Início após contratação do psicólogo</p>
--	---	---	---	--------------------------------	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária à saúde vive um dos momentos de maior importância histórica, pois o cenário de saúde atual se destaca pelo elevado índice de doenças crônicas associadas ao estilo de vida moderno. A responsabilidade de promover mudanças de hábitos nocivos, bem como, ofertar conhecimento em saúde, e realizar o acompanhamento longitudinal das pessoas é atribuído às UBS e suas equipes de saúde da família.

Obesidade, HAS, e DM, possuem um ponto em comum: hábitos inadequados de vida. Essa relação deve ser observada, uma vez que, a associação entre essas doenças em um mesmo paciente não é rara, já que compartilham basicamente os mesmos fatores de risco. Dessa forma, nota-se a importância de se focar em uma intervenção que promova conscientização, mudança de atitude, e autocuidado por parte do agente central de tudo isso: o paciente.

O mundo atual mostra nitidamente a grande transição do perfil metabólico dos indivíduos. Da desnutrição à obesidade. Da anemia à dislipidemia, hiperglicemia. Tudo em decorrência do sedentarismo, da praticidade da alimentação através dos chamados Fast Foods, mudança de entretenimento proveniente das tecnologias (vídeo games, TV, computadores, celulares). Transformações que já acometem todas as classes econômicas em graus variados, mas já com claras evidências de mudanças no perfil de saúde do paciente.

Conclui-se após tantas reflexões, que todos os esforços das ESF devem se voltar para prevenção das doenças crônicas, em especial, a obesidade que atua como fator agravante das duas principais entidades clínicas o DM e a HAS que em longo prazo, diminuem a qualidade de vida, incapacitam, e ainda, oneram o sistema. Atividades de promoção de saúde que atuem direcionadas para a resolução dos nós críticos do problema é o caminho proposto para uma nova e possível transformação no território do Vila Sion II.

Recomenda-se, ainda, a realização de mais estudos que deverão contemplar outras variáveis acerca de maneiras mais eficazes de se abordar tais patologias.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 118, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. I. **Iniciação a Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, p. 142, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php> Acesso em: 06 jun. 2015.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 94, n.6, p. 754-762, 2010.

GODOY-MATOS, A.F.; OLIVEIRA, J. **Sobrepeso e obesidade: diagnóstico**. Projeto diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: Revista da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2004.

JEBB, S. A. A etiology of obesity. **British Medical Bulletin**, v. 53, n.2, p.264-285, 1997.

KRAUSS, R. M., WINSTON, M., FLETCHER, B. J., & GRUNDY, S. M. Obesity impact on cardiovascular disease. **Circulation**, v. 98, n.14, p.1472-76, 1998.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43, n. 3, p. 186-194, 1999.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia**, v.47, n.2, p. 107-8, 2003.

PINHO, C. P. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.2, p. 313-24, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. Disponível em: [http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos\\_gerais.htm](http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm) Acesso em: 06 jun. 2015.

ROLLS, B. J.; SHIDE, D. J. The influence of dietary fat on food intake and body weight. **Nutrition Reviews**, v. 50, n. 10, p. 283-90, 1992.

SPOSITO, A. C.; CARAMELLI, B.; FONSECA, F. A. H.; BERTOLAMI MC. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 88, suppl.1, p. S2-19, 2007

VELOSO, H. J. F.; SILVA, A. A. M. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Revista brasileira epidemiologia**, v.13, n.3, p. 400-12, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 2000.

YAO, M.; ROBERTS, S. B.; MA, G.; PAN, H.; MCCRORY, M. A. Field methods for body composition assessment are valid in healthy Chinese adults. **Journal of Nutrition**, v. 2, p. 310-7, 2002.

YOUNG, L. R.; NESTLE, M. The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 2, p. 246-9, 2002.