UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LÍVIA FREITAS DE PAIVA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA PESSOAS PORTADORAS DE SOBREPESO E OBESIDADE: GRUPO OPERATIVO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR E PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSÍCAS

FORMIGA – MINAS GERAIS

2014

LÍVIA FREITAS DE PAIVA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA PESSOAS PORTADORAS DE SOBREPESO E OBESIDADE: GRUPO OPERATIVO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR E PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSÍCAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Ferderal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

LÍVIA FREITAS DE PAIVA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA PESSOAS PORTADORAS DE SOBREPESO E OBESIDADE: GRUPO OPERATIVO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR E PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSÍCAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Ferderal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido (Orientador)

Prof. Daniela Coelho Zazá (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a equipe de profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) Casarão, à equipe do NESCON, ao meu orientador Christian Emmanuel Torres Cabido e à minha família, pois me apoiaram e tornaram este trabalho possível.

RESUMO

Os hábitos de vida modernos, aliados ao sedentarismo, têm contribuído para o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade. É conhecido que o excesso de peso aumenta o risco de desenvolver diversos agravos que, em conjunto, aumentam o risco cardiovascular e comprometem a qualidade de vida. Desta forma, no território do Programa Saúde da Família Casarão, no município de Passos-MG, o excesso de peso tem alta prevalência e poucas ações direcionadas a esse grupo populacional. Assim, este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção que melhorasse a assistência ás pessoas com sobrepeso e obesidade. Para isso, foi feita uma revisão de literatura, visando identificar as consequências desta condição e as melhores maneiras de enfrentá-la. Por meio desta revisão, definimos que a melhor estratégia de enfrentamento do problema seria a criação de um grupo operativo multidisciplinar, a fim de discutir temas sobre alimentação saudável e importância da prática de atividades físicas, além de problemas cotidianos. Para alcançar este objetivo foram elaboradas 3 projetos: Viver Melhor, Conhecimento é Saúde e Comunicar é Cuidar. No desenvolvimento deste trabalho, foi possível perceber a capacidade que uma ação conjunta entre os profissionais de saúde e a comunidade tem, em promover melhorias nos hábitos e na qualidade de vida dos indivíduos.

Palavras-chave: Excesso de peso, sobrepeso, obesidade, atenção primária à saúde, grupo operativo.

ABSTRACT

Modern lifestyle habits, associated with sedentary lifestyle, have contributed to the increased prevalence of overweight and obesity. Is Known that overweight increases the risk of developing many diseases that together, increase cardiovascular risk and compromise the quality of life. Thus, in the territory of the Family Health Program Casarão, in Passos-MG, the overweight has high prevalence and few actions directed to this population group. This study aimed to develop an intervention project that could improve the care to people with overweight and obesity. For this, a literature review was done in order to identify the consequences of this condition and the best ways to deal with it. Through this study, it was defined that the best strategy to coping the problem would be creating a multidisciplinary group, in order to discuss topics on healthy eating and the importance of physical activity, in addition to everyday problems. Three projects have been prepared to reach this goal: Better Living, Knowledge is Health and Communication is Caring. In this work, the ability of joint action among health professionals and the community was revealed, to promote improvements in habits and quality of life of individuals.

Keywords: Overweight, obesity, primary health care, operative group.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica

AMBES – Ambulatório Escola

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEMIG - Companhia Energética de Minas Gerais

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST – Centro de referência em saúde do trabalhador

CMS - Conselho Municipal de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

NAE – Núcleo de Assistência à Estomaterapia

NAEPH – Núcleo Assistencial de Ensino e Pesquisa em Hanseníase

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PIB - Produto Interno Bruto

PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica

SAAE - Serviço Autônomo de Água e Esgoto

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 9

1.1. Contexto Geral..... 9

1.2. Conhecendo o Território: O Município de Passos..... 10

2. JUSTIFICATIVA..... 16

3. OBJETIVOS..... 17

4. MÉTODOS..... 18

5. REVISÃO DE LITERATURA..... 19

6. PLANO DE AÇÃO..... 23

6.1. Diagnóstico Situacional..... 23

6.2. Descrição do Problema Selecionado..... 25

6.3. Explicação do Problema..... 26

6.4. Seleção dos Nós Críticos..... 27

6.5. Desenho das Operações..... 28

6.5. Identificação dos Recursos Críticos..... 30

6.6. Análise da Viabilidade do Plano..... 31

6.7. Elaboração do Plano Operativo..... 32

6.8. Gestão do Plano..... 34

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 37

REFERÊNCIAS..... 38

1. Introdução

1.1. Contexto Geral

Esse trabalho apresenta um projeto de intervenção a ser aplicado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Casarão, localizada no município de Passos-MG. Para a elaboração deste projeto foi realizado um diagnóstico situacional do território, levantando os principais problemas da população e discutindo-os com a equipe de saúde local, a fim de elencar prioridades e determinar um plano de ação para solucioná-los.

Desta forma, foi detectada uma dificuldade no acompanhamento e manejo de pacientes portadores de sobrepeso e obesidade neste território. Por se tratar de uma condição com tamanha prevalência e que implica em várias complicações a médio e longo prazo, tornou-se clara a necessidade de uma intervenção neste problema.

Os hábitos de vida modernos aliados ao sedentarismo têm contribuído para as taxas crescentes de sobrepeso e obesidade, o que pode prejudicar a saúde da população. Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2012), a prevalência de excesso de peso foi de 51% e, a de obesidade 17%. Isto representa que aproximadamente metade da população encontra-se acima do peso ideal.

Sabe-se, também, que a terapia para combate ao excesso de peso é fundamentada na reeducação alimentar e na prática regular de atividade física. As medicações ficam em segundo plano, atuando como adjuvantes em casos restritos. De acordo com Barreto (2009), já foi comprovado que a atividade física, associada à dieta, contribui para uma perda de peso mais rápida e com menores taxas de recidiva de aumento de peso.

Segundo Lopes (2009), a obesidade aumenta o risco de desenvolver diversas doenças crônicas como, por exemplo, diabetes melitus, dislipidemias, doenças cárdio/cérebro vasculares, alterações de coagulação, doenças articulares degenerativas, neoplasias estrogênio dependentes, neoplasia de vesícula biliar, esteatose hepática, apnéia obstrutiva do sono, dentre outras.

Desta maneira, percebe-se que a obesidade aumenta, consideravelmente, a probabilidade de desenvolver diversas doenças que, em conjunto, aumentam o risco cardiovascular. É conhecido que os eventos cardiovasculares estão entre as principais causas de óbito no Brasil. Desta forma, a atenção básica, como principal

agente de promoção de saúde e prevenção de agravos, precisa intervir no controle da obesidade e sobrepeso.

Por se tratar de uma condição com tamanha prevalência, torna-se difícil o acompanhamento individual desses indivíduos por médicos, nutricionistas e profissionais de educação física. Mediante o estudo de protocolos e da Linha Guia de Obesidade do Ministério da Saúde, percebeu-se que medidas precisavam ser tomadas, tanto por meio de ajustes no processo de trabalho da equipe, quanto por uma estratégia de cuidado coletivo deste grupo.

Assim, após conhecer o município e a área de abrangência da ESF Casarão, a equipe de saúde definiu que a melhor estratégia de combate ao acompanhamento inadequado dos portadores de excesso de peso seria a criação de um grupo operativo/educativo. Neste grupo discutiríamos temas relacionados à obesidade e suas implicações, além de desenvolver um programa de auto cuidado e reeducação alimentar, com controle regular da perda de peso. Para incentivar o abandono do sedentarismo, também associamos à esta estratégia um grupo de prática de atividades físicas. Para desenvolver todas estas atividades, contaríamos com uma equipe multidisciplinar constituída por nutricionistas, médicos, enfermeiros e profissionais de educação física, provenientes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

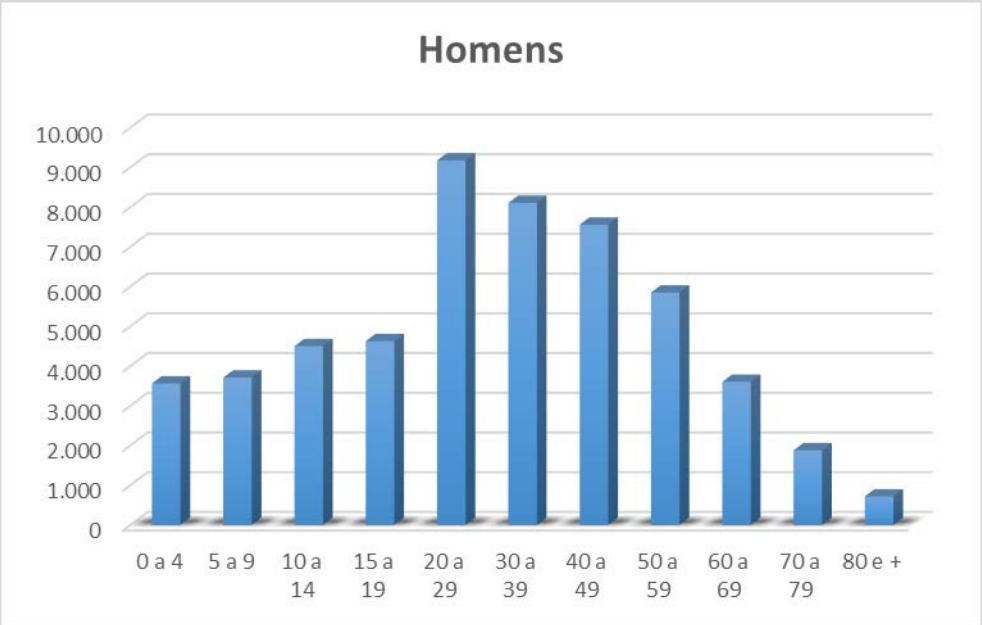
1.1. Conhecendo o território: O Município de Passos

O município de Passos está localizado no estado de Minas Gerias, há aproximadamente 350 km da capital, Belo Horizonte. Constitui a 26ª maior cidade do Estado e a 4ª maior do Sul/ Sudoeste Mineiro, sendo assim, um polo regional econômico e de saúde.

A população estimada deste município, para o ano de 2013, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 111.651 habitantes, distribuída em um território de 1338,07 Km², o que constitui uma densidade demográfica de 79,44 habitantes/ Km². O número total de domicílios permanentes é de 33.250 e total de famílias residentes neste município é de 31.028, sendo 29.510 na zona urbana e 1.518 na zona rural.

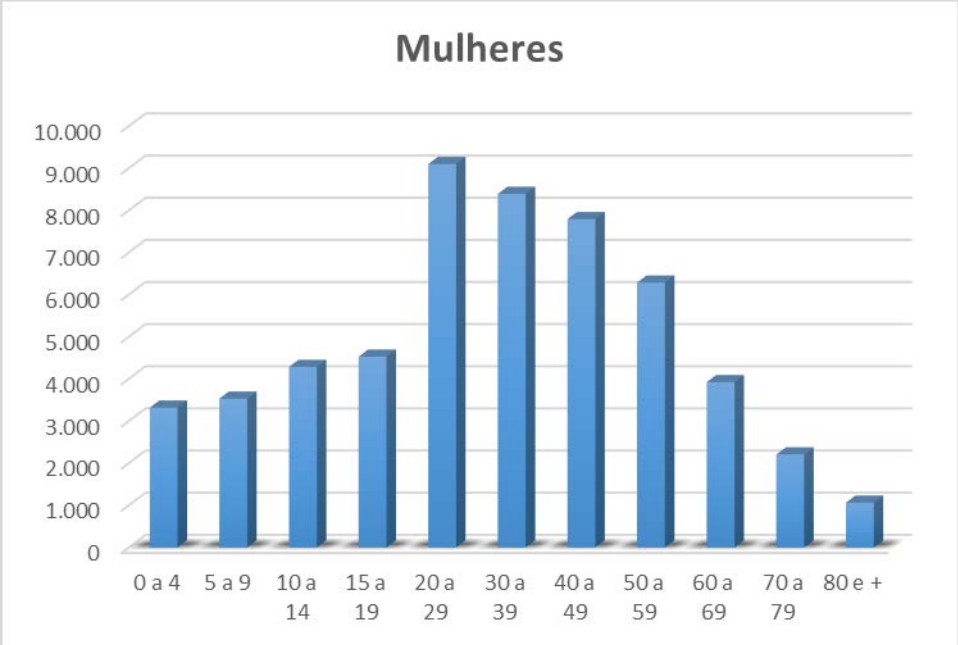
Conforme as figuras 1 e 2, é observado o predomínio de uma população entre os 20 e 59 anos, tanto no sexo masculino quanto no feminino.

Figura 1. Perfil demográfico da população masculina do município de Passos



Fonte: Plano Municipal de Saúde. Passos, 2014.

Figura 2. Perfil demográfico da população feminina do município de Passos.



Fonte: Plano Municipal de Saúde. Passos, 2014.

De acordo com o IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na cidade de Passos, foi de 0,756, valor considerado elevado e corresponde a 32° colocação entre os 100 maiores municípios do estado, acima da média estadual de 0,731. Também, em conformidade com os dados do IBGE (2011), 100.842 pessoas

(94,87%) da população reside na zona urbana, enquanto 5.448 (5,18%) reside na zona rural.

A taxa de crescimento populacional, resultante da diferença entre o número de nascimentos e óbitos em determinado período, vem apresentando queda expressiva. De acordo com o Censo Demográfico de 2009, a taxa de crescimento populacional anual da população mineira foi da 0,91%.

As taxas de saneamento básico no município mostram-se superiores aos demais municípios do estado. Assim, o Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) é responsável por tratar e abastecer 99% das casas regularizadas da cidade. Já a rede de esgoto, supre pouco mais de 97% do total de domicílios. A coleta de lixo atinge 100% da população urbana. A energia elétrica chega a 97,6% dos domicílios, sendo fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG).

O Produto Interno Bruto (PIB) de Passos em 2008 (IBGE, 2008), foi de R$ 1.095.851.546 mil, sendo o PIB per capita de R$ 10.267,03. Aproximadamente 17% dos chefes de domicílios da região possuem renda familiar de até um salário mínimo. O rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios permanentes é de R$ 914,65.

As principais atividades econômicas do município de Passos são a agroindústria (açúcar, álcool, laticínios, dentre outros); agropecuária (cana, café, milho, gado, avicultura e suinocultura); indústria moveleira, confecções de roupas e prestação de serviços.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Passos (2014), o Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política municipal de saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros. É composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários, cujas decisões, são homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde.

O CMS de Passos é composto por quinze titulares, sendo 50% de representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e 50% representantes de entidades de trabalhadores da saúde, de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo indicados pelos seus respectivos dirigentes.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Passos (2014), a Atenção Básica à Saúde, neste município, é sistematizada em 26 Unidades de Saúde, sendo 17 Unidades da Estratégia de Saúde de Família (ESF) e 9 Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS/ ambulatórios). Essas tem apoio por 2 NASF, formados por nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, profissionais de educação física e assistentes sociais.

O município encontra-se totalmente territorializado, com adscrição de áreas de abrangência e cobertura de 100% da população, sendo 60% pela ESF e 40% pelas UBS Convencionais.

A Atenção Secundária é estruturada em 8 Unidades de Saúde: 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que funciona 24h por dia; 1 Policlínica de Especialidades e Centro de Diagnóstico; 1 Ambulatório de Referência para DST/AIDS (AMBES); 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); 1 Núcleo de Assistência em Estomaterapia (NAE); 1 Unidade do Programa de Hepatites Virais; Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEPH); 1 Unidade do Programa Viva Mulher; Atenção psicossocial, que é desenvolvida através do ambulatório de Saúde de Mental, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e álcool e drogas (AD).

Já a atenção terciária conta com a Santa Casa de Misericórdia, um hospital geral, de abrangência regional e caráter filantrópico com 300 leitos, sendo que mais de 70% dos pacientes são atendidos pelo SUS (80% dos seus leitos são credenciados pelo SUS). Atende toda a população das regiões de Passos-Piumhi e São Sebastião do Paraíso e outros municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais. Atua em várias especialidades, mediante atendimento ambulatorial, unidades de internação, serviços de diagnóstico e tratamento e unidade de urgências e emergências. Recentemente foi credenciada para oferecer Residência Médica em Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Medicina Intensiva. Nos casos selecionados, também dispomos do Hospital Regional do Câncer. Ainda existe um hospital psiquiátrico - Hospital Otto Krakauer, público-privado, referência em internações especializadas em Psiquiatria para toda a região sudoeste de Minas Gerais.

A saúde bucal no município ainda é pouco desenvolvida. Sua rede física é constituída por consultórios instalados no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nas escolas e na UPA. A maioria dos atendimentos são realizados no CEO. Na atenção primária, existem cinco equipes de Saúde Bucal – ESF em fase de

credenciamento. As urgências e emergência em saúde bucal são atendidas, no horário comercial, pela própria CEO e nos, demais horários, pela UPA.

A Unidade Básica de Saúde em que atuo, Estratégia Saúde da Família (ESF) Casarão, está localizado na zona urbana do município de Passos-MG, distando aproximadamente 1800 metros do centro da cidade. Sua área de abrangência inclui o Bairro Casarão (totalmente incluído) e Jardim Colégio de Passos (parcialmente). Sua localização permite fácil acesso aos usuários residentes neste bairro, porém distante do bairro Casarão. O horário de funcionamento da ESF é de 2ª a 6ª feira, das 7:00 às 11:30 e das 13:00 às 16:30 h.

O relevo do território da ESF Casarão é ondulado a montanhoso, com algumas regiões bastante íngremes. É cortado pelo córrego São Domingos, onde são despejados resíduos poluentes. A maioria das ruas é pavimentada e a energia elétrica chega a 99,56% dos domicílios, sendo fornecida pela CEMIG. A rede de água e esgoto atende a 100% dos domicílios.

A equipe de Saúde da ESF Casarão atualmente é composta por: 2 médicos, sendo 1 médico contratado pela Prefeitura Municipal de Passos, com carga horária semanal de 40 horas e 1 médico vinculado ao Programa de Valorização da Atenção Básica, que cumpre 32 horas de serviços no município – PROVAB; 1 enfermeira, com carga horária semanal de 40 horas; 1 técnica de enfermagem, com carga horária semanal de 40 horas; 2 recepcionistas, com carga horária semanal de 40 horas; 6 Agentes comunitários de Saúde, com carga horária semanal de 40 horas; 1 auxiliar de serviços gerais (trabalha nesta ESF 3 dias por semana), com carga horária de 20 horas/semana.

Como atuo em uma ESF onde atendem 2 médicos, minha agenda foi organizada de forma complementar a do outro profissional, a fim de suprir as principais demandas e déficits de atendimento. Assim, os atendimentos matutinos são destinados à demanda programada e os vespertinos reservados aos grupos: crianças e adolescentes, gestantes, HiperDia (atendimentos de hipertensos e diabéticos), saúde mental e visitas domiciliares. Em ambos os períodos há vagas disponíveis para a demanda espontânea.

Na área de abrangência da ESF localizam-se a Escola Estadual Professor Jair Santos (1º ao 9º ano), 1 creche (Astrogilda Correa Barbosa), 1 Jornada ampliada, 2 praças, 2 campos de futebol (um em péssimas condições e outro inativo) e 1 quadra de futsal.

Segundo o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), existem 3.837 pessoas cadastradas nesta ESF, equivalentes às 1.141 famílias, o que corresponde a uma densidade familiar média de 3,35 indivíduos/ família (QUADRO 1).

Quadro 1. Perfil demográfico da população adscrita à ESF Casarão, 2014.

Faixa Etária	Número de Pessoas		Total
	Masculino	Feminino	
<1	18	18	36
1 a 4	74	79	153
5 a 6	56	43	99
7 a 9	59	63	122
10 a 14	130	126	256
15 a 19	173	161	334
20 a 39	623	592	1215
40 a 49	248	302	550
50 a 59	247	281	528
>60	239	305	544
Total	1867	1970	3837

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014).

2. Justificativa

Durante o desenvolvimento de minhas atividades na Equipe de Saúde da Família Casarão, identifiquei alguns problemas que contribuem para as dificuldades de acompanhamento nos diversos grupos de atenção como, por exemplo, hipertensos, diabéticos, saúde mental, saúde da mulher, portadores de excesso de peso (sobrepeso e obesidade), dentre outros.

Sabe-se que no SUS, a atenção primária à saúde (APS) tem, dentre outros atributos, a função de porta de entrada dos usuários, coordenação do cuidado, longitudinalidade do atendimento, estabelecimento de vínculo com a população, além dos princípios doutrinários de integralidade, universalidade, equidade e participação social (PEREIRA, 2007).

Em discussão com os profissionais da equipe, tomando por base os princípios acima, definimos que os portadores de sobrepeso e obesidade compõem um dos grupos populacionais que encontram-se mais inadequadamente assistenciados, apesar de sua grande prevalência e associação com diversas comorbidades. Dessa forma, buscar estratégias de intervenção para atender esse grupo de pessoas em específico é de suma importância para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, bem como, reduzir os gastos da saúde pública com o tratamento dos mesmos.

3. Objetivo

O objetivo deste trabalho é propor um plano de ação para a implantação de um grupo operativo para pessoas com excesso de peso na ESF Casarão do município de Passos – MG.

4. Métodos

Para a elaboração deste projeto, inicialmente, foram definidas as principais dificuldades enfrentadas pela ESF Casarão, por meio do diagnóstico situacional. Através de dados coletados em registros da Unidade de Saúde, do Plano Municipal de Saúde do município e em fontes secundárias como, por exemplo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Após realizar este diagnóstico, iniciou-se a estruturação de um plano de ação por meio do Planejamento estratégico Situacional.

Para a fundamentação teórica do presente trabalho foi consultado o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Obesidade, o capítulo sobre Obesidade do Tratado de Clínica Médica (LOPES, 2009), além de artigos acadêmicos obtidos através das bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), PubMed e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do período de 1982 a 2013. Os principais descritores utilizados foram: obesidade, sobrepeso, comorbidades associadas à obesidade e sobrepeso, fatores de risco para obesidade, tratamento da obesidade, grupos de reeducação alimentar, práticas de atividades físicas na atenção básica à saúde, motivação para perda de peso.

5. Revisão de Literatura

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS *apud* BRASIL, 2005) a obesidade é definida como uma condição em que a taxa de gordura corporal atinge níveis prejudiciais à saúde. Este excesso de gordura é proveniente de um balanço energético positivo, ou seja, alta ingesta calórica, com pouco gasto energético. Existem múltiplos fatores que contribuem para o ganho excessivo de peso como, por exemplo, história familiar, condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Os hábitos de vida modernos aliados ao sedentarismo tem contribuído para o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade, não só no Brasil, mas em todo o planeta. Segundo o VIGITEL (BRASIL, 2012), a prevalência de excesso de peso foi de 51% e, a de obesidade, 17,4%. Isto representa que aproximadamente metade da população encontra-se acima do peso ideal.

Segundo a ABESO (2009), o diagnóstico de obesidade é feito através do Índice de Massa Corporal (IMC) e da análise da distribuição da gordura corporal. O IMC pode ser calculado dividindo-se o peso pela altura ao quadrado, como descrito a abaixo:

$$\textbf{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2\ (\text{m}^2)}$$

Na quadro 2 é apresentada a classificação do IMC de acordo com a ABESO (2009), baseados em padrões internacionais, desenvolvidos para pessoas adultas e descendentes de europeus:

Quadro 2. Classificação de Peso pelo IMC

Classificação	IMC (kg/m²	Risco de Comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 – 24,9	Médio
Sobrepeso	25 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30 a 34,9	Moderado
Obeso II	35 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40	Muito Grave

Fonte: Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009).

Já, para a análise da distribuição da gordura corporal, existem diversos métodos, dentre eles: a relação circunferência abdominal/quadril (RCQ), medida da circunferência abdominal, medida da espessura das pregas cutâneas, bioimpedância e até exames de imagem como, ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética. Os métodos mais utilizados na prática são RCQ e medida da circunferência abdominal, por serem de fácil aplicação e não exigir elevados recursos financeiros. A circunferência abdominal e o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade segundo a ABESO (2009) estão apresentados no quadro 3.

Quadro 3. Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas a obesidade em homens e mulheres caucasianos.

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (cm)		
Risco de complicações metabólicas	**Homem**	**Mulher**
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Aumentado Substancialmente	≥ 102	≥ 88

Fonte: Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009).

Em geral, a população brasileira tem uma dieta rica em carboidratos e gorduras. Ao mesmo tempo, segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios de 2008 (PNAD), apenas 10,2% da população pratica atividades físicas regularmente. Esta associação entre uma alimentação inadequada e o sedentarismo compõe a receita perfeita para o ganho de peso.

De acordo com o Brasil (2006), a sacarose e outros carboidratos agem como sedativos, elevando os níveis de serotonina e provocando uma sensação de prazer e bem estar. Não comemos apenas para manter nossas necessidades vitais, mas também para satisfazer prazeres e controlar a ansiedade.

O excesso de peso não traz apenas prejuízos estéticos e para a autoestima, mas também está associada a diversas comorbidades. Segundo Lopes (2009), vários estudos epidemiológicos fornecem evidências para conexão de obesidade a diversas outras condições como, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, diabetes *melitus* ou intolerância à glicose, esteatose hepática,

colelitíase, doenças articulares degenerativas, apnéia obstrutiva do sono, dentre outras, que podem levar a doença aterotrombótica e doença coronariana precoce.

Estudos demonstram que obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, que indivíduos com peso adequado (FEDERACIÓN LATINO AMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD, 1998; FRANCISCHI, 2000 *apud* BRASIL, 2006, p. 23).

Ainda, como citado por Blackburn (1995), modestas perdas de peso (10% ou menos) já resultam em melhorias do índice glicêmico, dos níveis pressóricos e do colesterol. Também, segundo Wing (2011), a redução de 5 a 10% do peso corporal está associada com redução significativa do risco cardiovascular em 1 ano, porém perdas mais expressivas geram maiores benefícios. Ainda, de acordo com o *Guideline* para o controle de sobrepeso e obesidade (JENSEN, 2013), a redução inicial de 5 a 10% do peso pode ser considerada bem sucedida e traz benefícios para as condições clínicas e reduz o risco cardiovascular para a maioria dos pacientes. Como também descrito, perdas de 5 a 10% podem melhorar a pressão arterial, o perfil das lipoproteínas, o número de apnéias e hipopnéias durante o sono e o diabetes.” (LOPES, 2009). Além disso, segundo Wannmacher (2004) a prática de atividade física, além de colaborar com a perda de peso, aumenta, independentemente, a capacidade cardiovascular.

Segundo o Brasil (2006) a meta do acompanhamento da pessoa com obesidade ou sobrepeso deve ser a apropriação, pelo usuário, do seu próprio corpo, do autocuidado, resgatando sua autoestima e controlando as comorbidades.

> Há evidências de que o apoio social melhora o prognóstico com relação à mudança no estilo de vida. Muitos indivíduos com peso excessivo encontram a motivação e a energia necessárias para manter seus planos de alimentação saudável por meio do apoio de seus "iguais". O apoio do grupo é uma das mais potentes e terapêuticas formas de ajuda. Além deste, deve-se considerar também o apoio emocional e social da família, de amigos e de colegas (BRASIL, 2006, p. 36; 37).

Ainda, segundo o Brasil (2006) “O trabalho com grupos tem como objetivo alcançar a construção coletiva do conhecimento, podendo ser um polo aglutinador dos profissionais e usuários, principalmente quando é realizado por uma equipe multidisciplinar.”

Nessa perspectiva, notamos a importância da atenção primária no acolhimento e cuidado das pessoas com excesso de peso. É importante que os pacientes portadores de excesso de peso tenham consciência das complicações associadas à sua condição e apoderem-se do autocuidado e de hábitos de vida saudável.

6. Plano de Ação

Foi utilizado como modelo de plano de ação o planejamento estratégico situacional (PES), passando por vários momentos: explicativo, normativo e estratégico. Primeiramente, nas reuniões de equipe, definimos os principais problemas enfrentados pelo território e priorizamos um deles: o acompanhamento clínico inadequado das pessoas portadoras de sobrepeso e obesidade. Os motivos que justificaram essa escolha foram: abrangência deste problema, que atinge uma parcela importante da população cadastrada, tem apresentado aumento progressivo de sua prevalência, gera uma grande demanda espontânea e apresenta sérias consequências à saúde da população (aumento das taxas de incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *melitus*, doenças articulares degenerativas, dentre outras). Descrevemos o problema, identificamos suas causas e, assim, definimos os nós críticos para o seu enfrentamento. Então, a partir do conhecimento do problema, iniciamos o planejamento das operações a serem realizadas. Fizemos uma análise dos recursos cognitivos, financeiros, organizacionais e políticos, definimos a viabilidade do projeto, os responsáveis por cada ação e os prazos a serem cumpridos.

6.1. Diagnóstico situacional

Podemos identificar diversos problemas que tem contribuído para as dificuldades de acompanhamento dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade, dentre eles:

- Grande prevalência desta condição clínica, o que dificulta o atendimento individual por nutricionistas, psicólogos e médicos - profissionais numericamente restritos no sistema público de saúde.
- Dificuldades do paciente em manter o tratamento a longo prazo;
- Absenteísmo nas consultas programadas;
- Longo período de espera para atendimento, já que as consultas não são marcadas com horários definidos;
- Falta de equipamentos adequados para obesos como, por exemplo, esfigmomanômetros, cadeiras, macas, dentre outros.

- Deficiência no sistema de referência e contra referência municipal.

Infelizmente não há dados exatos sobre a prevalência de obesidade e sobrepeso na área de abrangência da unidade de saúde Casarão. Como este agravo não faz parte dos priorizados pelo SIAB, não há um número definido de indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade, apenas uma estimativa.

Para o enfrentamento destes problemas contamos com vários “nós críticos”, porém podemos citar como principais: recursos financeiros limitados, necessidade de alteração de costumes e características culturais da população, dificuldades em manter uma longitudinalidade no projeto, falta de comprometimento equalitário de toda a equipe.

Assim, devido à grande prevalência desta condição, torna-se inviável o acompanhamento de todas essas pessoas em consultas regulares com médicos, nutricionistas e psicólogos. Dessa forma, como estratégia de enfrentamento deste nó crítico, a equipe propõe a implantação de grupos operativos, o que propiciaria o contato mais abrangente e próximo com esses pacientes, permitindo a implementação de ações de educação em saúde e a identificação dos pacientes de maior risco, que necessitam de acompanhamento individualizado.

A elaboração de um projeto de intervenção para o acompanhamento de pessoas com sobrepeso e obesidade, justifica-se pela possibilidade de redução das complicações advindas do excesso de peso, pelo cumprimento aos objetivos preconizados pelo SUS – acessibilidade, resolutividade e integralidade.

6.2. Descrição do Problema Selecionado

Como previamente descrito, o problema definido como prioritário na Unidade de Saúde Casarão é o acompanhamento inadequado dos pacientes portadores de sobrepeso e obesidade.

Atualmente, a ESF Casarão oferece 10 consultas semanais com uma nutricionista, incluindo retornos e novos pacientes. Não há consultas médicas ou de enfermagem com foco neste grupo de pacientes. Para realizar o acompanhamento nutricional é necessário encaminhamento médico. Desta forma, devido à grande prevalência desta condição, a disponibilidade de consultas é insuficiente e o acompanhamento longitudinal é inadequado.

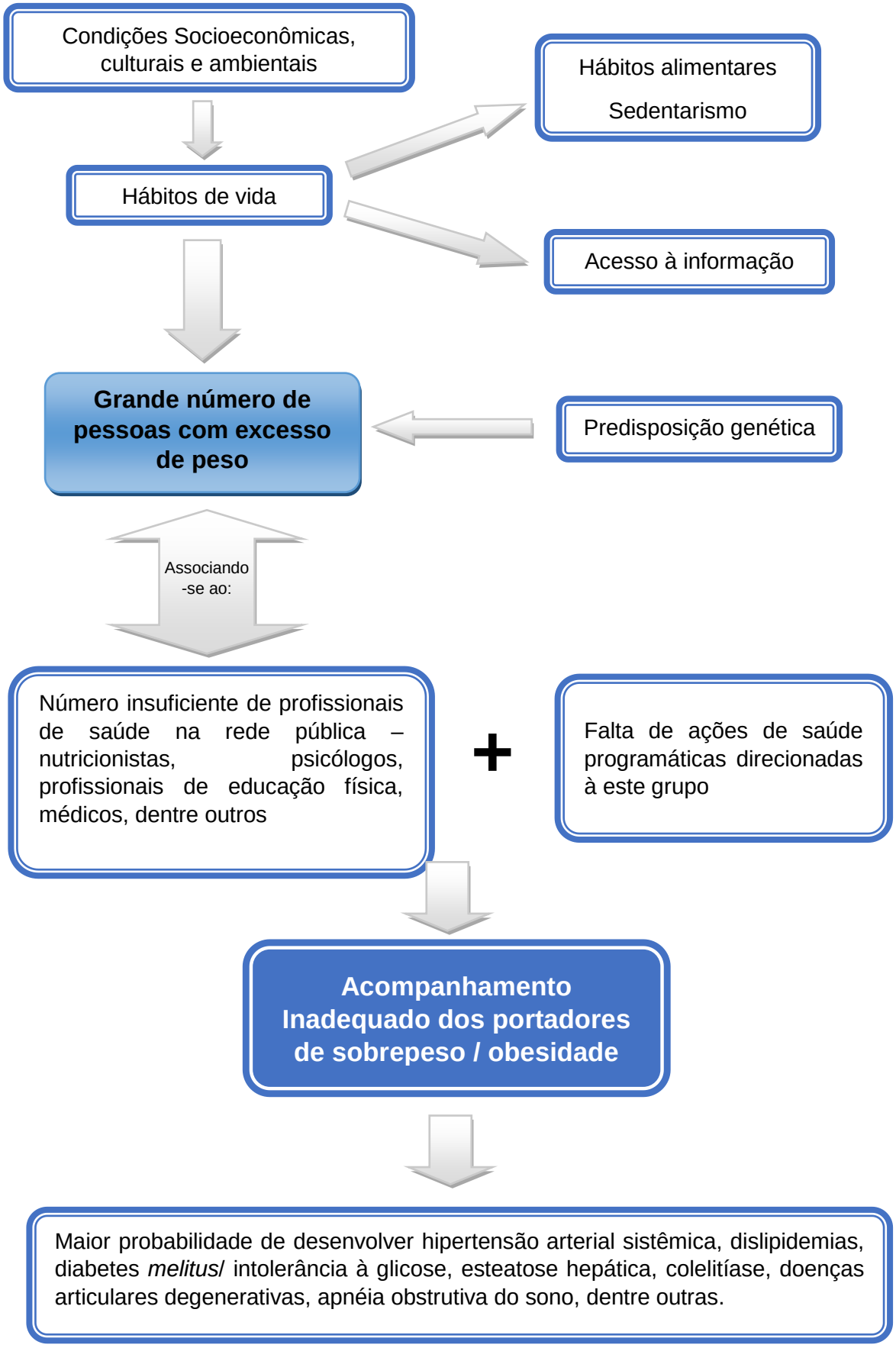
Essa situação é totalmente contrária às recomendações das atuais diretrizes do Ministério da Saúde.

> "A Atenção Básica como parte integrante do SUS caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Deve dar resolutividade aos problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos). Ou seja, deve oferecer respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente." (BRASIL, 2006, p. 76).

Ainda temos:

> "É de extrema importância a atenção à obesidade em todos os níveis do sistema de saúde. Assim, quanto à organização da assistência, cabe particularmente à atenção básica ter uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos" (WORLD HEALTH ORGANIZATION *in* BRASIL, 2006, p. 78).

6.3. Explicação do Problema



6.4. Seleção dos “Nós Críticos”

Para o enfrentamento deste problema selecionamos 4 “nós críticos”, descritos abaixo por ordem de importância:

1. Necessidade de alteração de costumes e características culturais da população;
2. Poucos nutricionistas disponíveis na rede de saúde municipal;
3. Recursos financeiros limitados;
4. Dificuldades em manter uma longitudinalidade no projeto;

6.5. Desenho das Operações

No quadro 4 está organizado o desenho das operações, relacionando os nós críticos com cada projeto proposto. Para cada operação, definiu-se os produtos e resultados esperados e os recursos necessários, sejam eles financeiros, cognitivos, organizacionais ou políticos.

Quadro 4- Desenho das Operações

Nós Críticos	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilo de vida inadequados	VIVER MELHOR	Diminuição do sobrepeso e obesidade por meio de reeducação alimentar e prática regular de atividade física.	Criação de um grupo operativo para promover reeducação alimentar e incentivar a prática regular de atividade física.	Cognitivo – habilidades de comunicação, conhecimentos do profissional de saúde e capacidade de manter o grupo participativo e estimulado. Organizacional - organizar a agenda. Financeiro - material para folhetos. Político - conseguir apoio das faculdades municipais.
Nível de informação da população	CONHECIMENTO É SAÚDE	Informar e conscientizar a população sobre as complicações do excesso de peso e do sedentarismo, procurando promoção de	Palestras informativas sobre temas relacionados ao problema	Cognitivo - Ter conhecimentos e metodologias adequadas para transmitir as informações aos pacientes. Organizacional - organizar agenda

		saúde e auto cuidado.	prioritário.	Político - articulação com as faculdades do município.
Ausência acompanha-mento longitudinal	COMUNICAR É CUIDAR	Fazer com que a comunicação adequada por meio dos prontuários (escritos ou eletrônicos) permitam um acompanhamento longitudinal.	Preenchimento adequado do prontuário médico, melhorias no sistema de informação do município.	Cognitivo - conscientização da importância do preenchimento adequado dos prontuários. Financeiro - Disponibilizar mais computadores à Unidade para efetiva digitalização dos prontuários. Organizacional - disponibilizar tempo adequado às consultas para devido preenchimento do prontuário

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6.6. Identificação dos Recursos Críticos

No quadro 5 foi sistematizado os recursos críticos para a implementação de cada projeto.

Quadro 5. Recursos Críticos

Operação/Projeto	
Viver Melhor	Cognitivo: Manter o grupo participativo e estimulado com as mudanças propostas. Político - Conseguir apoio da faculdade de nutrição, psicologia e educação física para desenvolver um atendimento multiprofissional.
Conhecimento é Saúde	Político: Conseguir apoio da faculdade de nutrição, psicologia e educação física e do NASF para desenvolver um atendimento multiprofissional.
Comunicar é cuidar	Financeiro: Mobilizar o setor de tecnologia de informação para aumentar o número e a qualidade dos computadores da unidade a fim de que o programa “Viver” (sistema operacional adquirido pelo município para informatização de prontuários) funcione adequadamente. Cognitivo: Conscientizar a equipe de saúde sobre a importância de relatar de forma completa e adequada as informações sobre o paciente e sua família.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6.6. Análise da Viabilidade do Plano

No quadro 6 descreve-se a viabilidade do plano de ação, definindo, para cada projeto e seus recursos críticos, o ator que controla tais recursos e sua motivação. Assim, analisando toda a situação, propõe-se ações estratégicas para conseguir o apoio de tais atores.

Quadro 6. Viabilidade do Plano

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla os recursos	Motivação do ator	Ações Estratégicas
Viver Melhor	Cognitivo: Manter o grupo participativo e estimulado com as mudanças propostas. Político: Conseguir apoio da faculdade de nutrição, psicologia e educação física e NASF para desenvolver um atendimento multiprofissional.	Equipe de Saúde – principalmente Agentes Comunitários de Saúde. Coordenação dos referidos cursos (nutrição, educação física e psicologia).	Favorável Aguardando resposta	Apresentar o projeto e seus objetivos às coordenações de cada faculdade, solicitando cooperação voluntária.
Conhecimento é Saúde	Político: Conseguir apoio da faculdade de nutrição, psicologia e educação física e NASF para desenvolver um atendimento multiprofissional.	Coordenação dos referidos cursos (nutrição, educação física e psicologia).	Aguardando resposta	Apresentar o projeto e seus objetivos às coordenações de cada faculdade, solicitando cooperação voluntária.
Comunicar é cuidar	Financeiro: mobilizar o setor de tecnologia de informação para tentar aumentar o número e a qualidade dos computadores	Setor de Tecnologia de Informação do Município	Indiferente	Fazer solicitações via protocolos para avaliação dos recursos disponíveis e

	da unidade, a fim de que o programa "Viver" (sistema operacional adquirido pelo município para informatização de prontuários) funcione adequadamente. Cognitivo: conscientizar a equipe de saúde sobre a importância de relatar de forma completa e adequada as informações sobre o paciente e sua família.	Equipe de Saúde	Favorável	implantação das melhorias necessárias. Discutir sobre a importância do preenchimento adequado dos prontuários durante as reuniões de equipe.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6.7. Elaboração do Plano Operativo

No quadro 7 estão definidos os responsáveis por cada etapa de determinada operação e os prazos estimados para tais ações.

Quadro 7. Plano Operativo

Operação/ Projeto	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Viver Melhor	Diminuição do sobrepeso e obesidade por meio de reeducação alimentar e prática regular de atividade física.	Apresentar o projeto e seus objetivos às coordenações de cada faculdade, solicitando cooperação voluntária. Organizar o grupo operativo	Médica (Lívia), Técnica de enfermagem (Ângela) Agentes Comunitários	Início em 2 meses Início em 2

		(pacientes portadores de sobrepeso e obesidade). Início das atividades de educação em saúde com o grupo.	de Saúde Médica (Lívia), Acadêmicos/ NASF	meses Início em 2 meses e meio
Conhecimento é Saúde	Informar e conscientizar a população sobre as complicações do excesso de peso e do sedentarismo, procurando promoção de saúde e auto cuidado.	Apresentar o projeto e seus objetivos às coordenações da faculdade. Organização do grupo de pacientes (portadores de sobrepeso e obesidade). Início das atividades de educação em saúde com o grupo.	Médica (Lívia), Técnica de enfermagem (Ângela) Agentes Comunitários de Saúde Médica (Lívia), Acadêmicos/ NASF	Início em 2 meses Início em 2 meses Início em 2 meses e meio
Comunicar é cuidar	Fazer com que a comunicação adequada por meio dos prontuários (escritos ou eletrônicos) permitam um acompanhamento longitudinal.	Solicitar auxílio do setor de tecnologia da informação. .	Enfermeira (Monalise)	Início em 1 mês

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6.8. Gestão do Plano

No quadro 8 organizou-se a gestão do projeto Viver Melhor, determinando os responsáveis por cada produto, prazo de execução, situação atual e justificativa e novo prazo, em caso de atraso.

Quadro 8. Gestão do plano "Viver Melhor".

Viver Melhor	Coordenação Lívia Paiva (médica)				
Produtos	**Responsável**	**Prazo**	**Situação Atual**	**Justificativa**	**Novo prazo**
Apoio da faculdade	Técnica de Enfermagem-Ângela	1 mês	Atrasado	Dificuldade de deslocamento dos alunos dentro do município	15 dias
Apoio do NASF	Enfermeira - Monalise	1 mês	Atrasado	O único nutricionista do NASF está trabalhando no setor de coordenação	1 mês
Realização dos grupos Operativos	Médica (Lívia), enfermeira (Monalise) e ACSs	2 meses	Em andamento		

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

No quadro 9 organizou-se a gestão do projeto Conhecimento é Saúde, determinando os responsáveis por cada produto, prazo de execução, situação atual e justificativa e novo prazo, em caso de atraso.

Quadro 9. Gestão do plano “Conhecimento é Saúde”.

Conhecimento é Saúde	Coordenação Lívia Paiva (médica)			
Produtos	**Responsável (Prazo)**	**Situação Atual**	**Justificativa**	**Novo prazo**
Apoio da faculdade	Técnica de Enfermagem-Ângela (1 mês)	Atrasado	Dificuldade de deslocamento dos alunos dentro do município	15 dias
Apoio do NASF	Enfermeira – Monalise (1 mês)	Atrasado	O único nutricionista do NASF está trabalhando no setor de coordenação	1 mês
Realização dos grupos Operativos	Médica (Lívia), enfermeira (Monalise) e ACSs (2 meses)	Em andamento		

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

No quadro 10 organizou-se a gestão do projeto Comunicar é Cuidar, determinando os responsáveis por cada produto, prazo de execução, situação atual e justificativa e novo prazo, em caso de atraso.

Quadro 10. Gestão do plano “Comunicar é cuidar”.

Comunicar é Cuidar	Coordenação Lívia Paiva (médica)			
Produtos	**Responsável (Prazo)**	**Situação Atual**	**Justificativa**	**Novo prazo**
Apoio do setor de tecnologia de informação	Enfermeira (Monalise) (1 mês)	Atrasado	Foram fornecidos 2 novos computadores para a Unidade de Saúde, mas não para ambos os consultórios	Indeter-minado

			médicos, por opção da coordenação.	
Discutir sobre a importância do preenchimento adequado dos prontuários durante as reuniões de equipe.	Médica (Lívia) (1 mês)	Concluído		

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

7. Considerações Finais

Através deste trabalho pôde-se perceber a abrangência do excesso de peso na população e, ao mesmo tempo, o despreparo dos serviços de saúde em oferecer atenção e cuidados específicos para este grupo, atendendo-o em suas singularidades.

Diante desta perspectiva, foi de fundamental importância a aquisição de conhecimentos sobre maneiras de combater o excesso de peso e os melhores métodos, discutindo-os com a equipe de saúde e adaptando-os às condições e aos meios disponíveis no território. Percebeu-se que a melhor estratégia para enfrentar o excesso de peso e suas consequências se faz através do compartilhamento de conhecimentos sobre o tema, estimulando o autocuidado e o cuidado com o estilo de vida da família.

Apesar de alguns contratempos e de não atingir todas as metas, foi possível discutir temas importantes sobre alimentação e hábitos saudáveis, que produzirão frutos futuros. Também acredito que ao longo do próximo ano será possível aprimorar e atingir metas ainda não alcançadas. Os obstáculos foram frequentes, porém o conhecimento, a experiência adquirida e os resultados observados foram gratificantes.

Portanto, a ação conjunta dos indivíduos, sua comunidade, sua família e dos profissionais de saúde pode promover grandes mudanças cotidianas e trazer significativas melhorias na qualidade de vida. Para isso é necessária uma vigilância permanente, planejamento e engajamento dos profissionais e da comunidade em promover melhorias.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3 ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica; 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

BARRETO, S. M. *et al*. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde. Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília - DF, v. 14, n. 1, p. 41-68; jan/mar 2005.

BLACKBURN, G. Effect of degree of weight loss in healthy benefit. Center for the study of nutrition medicine, New England Deaconess Hospital, Harvard Medical School. **Obesity Research**; Boston, n. 3, Suppl 211s- S216s; 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Circular normativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2012** - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed.. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG; 2010.

CUNHA, J. A. Obesidade: um problema comportamental? **Anais da Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás. Goiânia; vol. 3, n. 2, pp. 101-110, 1983.

FREITAS, A. C. *et al*. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Prefeitura Municipal de Passos. Secretaria Municipal de Saúde de Passos. Passos; 2014.

HU, F. B., *et al.* Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. **The New England Journal of Medicine***;* JE, v. 351, n. 26, p. 2694–2703, 2004.

HU, G*., et al*. Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio with the risk of cardiovascular disease among middle-aged Finnish men and women.***European Heart Journal***;* v. 25, n. 24, p. 2212-2219, *2004*.

JENSEN, M. D.; *et al*. Guideline for the management of overweight and obesity in adults: A report of the american college of cardiology. American Heart Association Task force on Practice Guidelines and the obesity society. Published by the **American Heart Association Journals**; v. 129, n. 25, suppl. 2, p. 102-138, 2013.

KIM, S. H.; WILLIS, L. A. Talking about obesity: news framing of who is responsible for causing and fixing the problem. ***Journal Health Communic****;* v. 12, n. 4, p. 359–376, 2007.

MANCINI, M. C.; HALPERN, A.; MELO, M. E. Capítulo 329: Obesidade. *In:* LOPES, A. C. (Org.). **Tratado de clínica médica** - Volume II; Seção 18: Endocrinologia e Metabolismo. 2 ed. São Paulo: Roca; 2009.

PEREIRA, M. J. B. *et al*. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação entre o desempenho de unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP). Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf>. Acesso em: 14 set. 2014.

WANNMACHER, L. Obesidade: Evidências e fantasias. **Uso Racional de Medicamentos**. ISSN 1810- 0791 Vol. nº 3, p. 1-6. Brasília; 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_OBS_0204.pdf>. Acesso em: 14 set. 2014.

WING, R. R.; *et al*. Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes. American Diabetes Association. **Diabetes Care Journal Metrics**, v. 34, n. 7, p. 1481-1486, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. *Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf?ua=1>. Acesso em: 4 set. 2014.

YUSUF, S. *et al*. INTERHEART. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. The **Lancet*,*** vol. 366, n. 9497, p. 1640-1649. Study Investigators, 2005.