UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LAURA RODRIGUES SEFAIR

INCENTIVO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS AOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÓRREGO DO OURO II NO MUNICÍPIO DE SANTOS DUMONT EM MINAS GERAIS

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2017

LAURA RODRIGUES SEFAIR

INCENTIVO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS AOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÓRREGO DO OURO II NO MUNICÍPIO DE SANTOS DUMONT EM MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2017

LAURA RODRIGUES SEFAIR

INCENTIVO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS AOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÓRREGO DO OURO II NO MUNICÍPIO DE SANTOS DUMONT EM MINAS GERAIS

Banca Examinadora

Bruno Leonardo de Castro Sena - orientador

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de outubro de 2017.

DEDICATÓRIA

À querida comunidade Córrego do Ouro e, em especial, aos funcionários da Equipe de Saúde da Família Córrego do Ouro II.

AGRADECIMENTOS

A Deus que é o guia de todos os passos da minha vida. À minha família, maior incentivadora de todos os meus projetos. A todos os pacientes e colegas de trabalho que me proporcionaram valioso e inesquecível aprendizado. À Secretaria de Saúde de Santos Dumont, pela contribuição. Por fim, à equipe do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON – UFMG), especialmente ao meu orientador Bruno Sena, pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Uma grande dificuldade enfrentada no cotidiano da Equipe de Saúde da Família Córrego do Ouro II, em Santos Dumont – Minas Gerais, é o estilo de vida sedentário e caracterizado por maus hábitos alimentares dos moradores. Esses temas foram escolhidos como alvos de ações através do presente projeto devido à sua importância, urgência e alta capacidade de enfrentamento. Eles fazem parte das vertentes da Promoção à Saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde e se destacam dentro das intervenções necessárias na Atenção Primária. Os altos índices de excesso de peso, atividade física insuficiente e hábitos alimentares indevidos no Brasil e o no mundo, que são fatores de risco para importantes doenças crônicas, tornam o assunto fundamental. O objetivo do trabalho é propor um plano de ação visando à melhoria do estilo de vida aos usuários da UBS Córrego do Ouro II do município de Santos Dumont em Minas Gerais, no que tange especialmente a alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Para isso, foi feito, inicialmente, um diagnóstico situacional, pelo método da Estimativa Rápida, para conhecer as necessidades da comunidade local. Posteriormente, realizou-se uma revisão literária sobre o tema alimentação saudável e prática de atividades físicas, com os descritores “dieta saudável, obesidade e estilo de vida sedentário”, e foram selecionados artigos publicados entre os anos 2009 e 2017. Por fim, foi proposto um plano de ação seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional. A elaboração deste trabalho permitiu um maior conhecimento teórico e a identificação dos determinantes do problema na comunidade Córrego do Ouro II. Para alcançar os resultados esperados, é necessário empenho da equipe e constante monitorização das ações.

Descritores: Dieta Saudável. Obesidade. Estilo de Vida Sedentário.

ABSTRACT

A great difficulty faced in the daily life of the Primary Helth Team Córrego do Ouro II, in Santos Dumont – MG, is the sedentary lifestyle, characterized by bad habits, of its inhabitants. Those themes were chosen as targets for actions through the present project due to its importance, urgency, and high capacity of being dealt with. They are a part of the strands of Health Promotion, recommended by the Ministry of Health, and highlight themselves among the needed interventions in primary health care. The high indexes of overweight, insufficient physical activity, and inadequate eating habits in Brazil and in the world, which are risk factors for important chronic diseases, make this subject a fundamental one. The objective of this work is to propose a plan of action aimed at improving the lifestyle of users of UBS Córrego do Ouro II in the municipality of Santos Dumont in Minas Gerais, especially with regard to healthy eating and physical activity. For that, it was made, initially, a situational diagnosis (by the Fast Estimative method) to know the needs of the local community. After that, a literary review was made, about the theme healthy eating and practice of physical activities, with the descriptors “healthy diet, obesity e sedentary lifestyle”. There were selected articles published between the years of 2009 and 2017. At last, it was proposed a plan of action following the method Situational Strategic Planning. The elaboration of this work allowed a higher theoretical knowledge and the identification of the determinants of the problem in the community Córrego do Ouro II. To reach the expected results, it is necessary team effort and constant monitoring of actions.

Keywords: Healthy Diet. Obesity. Sedentary Lifestyle.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NESCOM	Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PI	Projeto de intervenção
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Belo Horizonte
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - População residente por sexo e faixa etária em Santos Dumont (2010) **13**

Quadro 2 - População residente na área de abrangência da ESF Córrego do Ouro II, por faixa etária em anos e por microárea (2016)..... **16**

Quadro 3 - Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e microárea da ESF Córrego do Ouro II (2016) **17**

Quadro 4 - Distribuição das famílias segundo o destino de dejetos e microárea da ESF Córrego do Ouro II (2016) **17**

Quadro 5 - Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e microárea da ESF Córrego do Ouro II (2016) **17**

Quadro 6 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Córrego do Ouro II (2016)..... **19**

Quadro 7 - Distribuição das consultas de médico e enfermeiro segundo os programas e área de ESF Córrego do Ouro II, 2016 ..... **19**

Quadro 8 - Dez passos para uma alimentação saudável **27**

Figura 1 - Percentual de pessoas que praticaram algum esporte ou atividade física, no período de referência de 365 dias, na população de 15 anos ou mais de idade, por sexo, segundo as Grandes Regiões – 2015 ..... **30**

Figura 2 - Custos totais (R$) ao Sistema Único de Saúde devido às hospitalizações por neoplasia de cólon e mama, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, hipertensão, diabetes e osteoporose e valor atribuível à inatividade física de homens e mulheres **32**

Quadro 9 - Recomendação sobre a prática de atividade física adequada para cada faixa etária, segundo a OMS **33**

Quadro 10 - Classificação do estado nutricional para adultos (faixa etária de 20 a 60 anos) **34**

Quadro 11 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Córrego do Ouro II..... **37**

Quadro 12 - Descritores do problema medidos em porcentagem dos adultos atendidos na UBS Córrego do Ouro II.....**38**

Figura 3 - Esquema sobre a explicação do problema selecionado **39**

Quadro 13 - Desenho das operações de acordo com o nó crítico.....**40**

Quadro 14 - Recursos críticos necessários.....**41**

Quadro 15 - Viabilidade do plano **42**

Quadro 16 - Plano Operativo.....**43**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

1.1 Contextualização dos temas alimentação saudável e prática de atividades físicas na atualidade 12

1.2 Contextos gerais do Município 13

1.3. Contexto da ESF Córrego do Ouro II 16

2 JUSTIFICATIVA 20

3 OBJETIVOS 22

3.1 Objetivo Geral 22

3.2 Objetivos Específicos 22

4 METODOLOGIA 23

5 REVISÃO DE LITERATURA 24

5.1 Alimentação saudável 24

5.2 Prática adequada de atividades físicas 28

5.3 Obesidade e excesso de peso 34

6 PLANO DE AÇÃO 36

6.1 Identificação dos problemas 36

6.2 Priorização dos problemas 36

6.3 Descrição do problema selecionado 38

6.4 Explicação do problema selecionado 38

6.5 Seleção de nós críticos 39

6.6 Desenho de operações 40

6.7 Identificação de recursos críticos 41

6.8 Análise da viabilidade do plano 41

6.9 Elaboração e controle do Plano Operativo 42

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 44

REFERÊNCIAS 45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização dos temas alimentação saudável e prática de atividades físicas na atualidade

A dieta habitual dos brasileiros tem passado por mudanças nas últimas décadas, assim como ocorre em outros países, principalmente os países emergentes como o Brasil (BRASIL, 2014b). A principal característica observada, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) do Ministério da Saúde (MS), é a “substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de origem vegetal [...] e preparações culinárias à base desses alimentos por produtos industrializados prontos para consumo” (BRASIL, 2014b, p. 17).

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (PNAN), “o consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década” (BRASIL, 2012, p. 13). Em contrapartida, os alimentos ultra processados, de baixo valor nutricional, têm sido cada vez mais consumidos nos últimos anos (BRASIL, 2012).

As consequências desse padrão alimentar são, entre outros, o desequilíbrio na oferta de nutrientes, que passa a ser menor, e a ingestão aumentada de calorias, resultando no ganho de peso (BRASIL, 2012).

Em relação à prática de atividades físicas, “estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo em nossa população, sendo que mais da metade das pessoas exercem muito pouca ou nenhuma atividade física” (BRASIL, 2014a, p. 130). Segundo o Suplemento de Práticas de Esporte e Atividade Física da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2015, apenas 37,9% das pessoas com 15 anos ou mais de idade no Brasil praticaram algum esporte ou atividade física no período de referência, que foi de 27 de setembro de 2014 a 26 de setembro de 2015 (IBGE, 2015).

A PNAN (2012) ainda aponta como o baixo índice de atividade física e a má alimentação do brasileiro, como documentado através dos dados anteriores, têm relação direta como o aumento do excesso de peso, incluindo a obesidade, e outras doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes. Estes dois importantes fatores de risco justificam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade

observadas nas últimas décadas (BRASIL, 2012). Os dados a seguir, encontrados no Caderno de Atenção Básica nº 38, (BRASIL, 2014a, p 19), chamam atenção para este fato:

> No Brasil, segundo dados da última pesquisa de orçamentos familiares (POF 2008), cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população maior de 20 anos apresenta excesso de peso. O que mais chama a atenção nessa epidemia é a velocidade com que ela aumentou nas últimas décadas. Em 1975 (IBGE, 1976) a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres; já em 2003, (IBGE, 2010) a prevalência entre homens era de 8,8% e de 12,7% em mulheres. Em 2009, a prevalência de obesidade era de 12,5% entre homens e de 16,9% entre as mulheres. O excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres.

O presente projeto pretende abordar os temas de alimentação saudável e prática de atividades físicas, tão relevantes na realidade atual brasileira e mundial, como destacado acima.

1.2 Contextos gerais do Município

Santos Dumont é uma cidade com 47.561 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2017), localizada na região sudeste e distante 213 km da capital do Estado de Minas Gerais (IBGE, 2017). O Quadro 1 explicita a distribuição da população residente no município de acordo com sexo e faixa etária, segundo o censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2010).

Quadro 1 - População residente por sexo e faixa etária em Santos Dumont (2010).

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-4 ANOS	1.458	1.317	2775
5-9 ANOS	1.444	1.456	2900
10-14 anos	1.931	1.883	3814
15-19 ANOS	2.033	1.908	3941
20-24 ANOS	1.901	1.813	3714
25-29 ANOS	1.788	1.828	3616

30-39 ANOS	3.223	3.441	6664
40-49 ANOS	3.369	3.556	6925
50-59 ANOS	2.681	2.870	5551
60-69 ANOS	1.406	2.055	3461
70 ANOS E MAIS	1.262	1.661	2923
TOTAL	**22496**	**23788**	**46.284**

Fonte: IBGE (2010).

No início de século XX, o município se consolidou como Centro Regional de Comércio, contando com produção industrial diversificada e, sobretudo, de polo de pecuária leiteira. Em 1932, a cidade passa a denominar-se Santos Dumont, em homenagem à figura do inventor Alberto Santos Dumont (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS DUMONT, 2017).

As principais atividades econômicas da cidade são o comércio e as indústrias, como a Companhia Brasileira de Carbureto de Cálcio, que produz ferro, silício e silício metálico, exportando para vários países. A agricultura familiar também se destaca (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS DUMONT, 2017).

A liderança política atual é uma novidade, após grande período em que a cidade teve o mesmo prefeito e grupo político no comando. A expectativa da população é ter uma perspectiva política mais assistencialista.

Na área de saúde, a cidade é referenciada para a sede da microrregião, que é o município de Juiz de Fora, localizado a 48 km de distância. O município utiliza a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 13 equipes de saúde e 13 unidades básicas de saúde (UBS).

A atenção especializada funciona, em parte, na própria cidade, no espaço que antigamente abrigava o Hospital Samaritano e hoje funciona como Policlínica. Conta com as seguintes especialidades: Cardiologia, Dermatologia, Psiquiatria (CAPS), Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Urologia e Ortopedia. A demanda dessas especialidades é dividida também entre Juiz de Fora, que inclui, além dessas, outras especialidades ausentes em Santos Dumont, além de procedimentos específicos. Algumas especialidades chegam a ter tempo de espera um ano ou mais.

O único serviço de atendimento de Urgência e Emergência na cidade funciona no hospital da cidade, o Hospital de Misericórdia de Santos Dumont. O serviço tem passado por uma grave crise administrativa e econômica, de modo que o atendimento no Pronto-Atendimento tem ficado frequentemente descoberto. A crise enfrentada pelo Hospital acompanha a crise econômica municipal e nacional dos últimos anos, que está ligada aos demais problemas por que passa o município

O hospital tem atualmente, uma capacidade operacional de 80 leitos divididos para as clínicas: médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto Tipo II. Conta com a participação da comunidade na manutenção do serviço, através de contribuições/doações. Como dito anteriormente, o hospital está passando por sérios problemas, influenciando além do serviço de porta, o quadro de especialistas, as internações e a realização de exames.

A assistência de exames complementares é realizada na própria cidade, a maioria na Policlínica na cidade e alguns no Hospital, mas os exames mais complexos são feitos em Juiz de Fora. Alguns exames demoram muito a ser realizados, chegando os mais complexos a até dois anos de espera.

A maior parte da distribuição dos medicamentos é feita na policlínica da cidade, sendo apenas os medicamentos básicos destinados às UBS, que não contam com farmacêutico.

Os pontos de atenção dos diferentes níveis de complexidade tem relação adequada, porém muitas vezes a atenção de referência e contra referência é ineficaz, dificultando muito o cuidado continuado dos pacientes. Alguns problemas específicos dificultam as relações, como a crise pela qual o hospital da cidade está passando, que faz com que muitas vezes as referências feitas ao hospital não sejam acolhidas.

A relação na rede de atenção à saúde é realizada basicamente com a cidade de Juiz de Fora, que é referência na região da zona da mata. Alguns raros casos mais complexos contam com o apoio da rede de saúde da cidade de Belo Horizonte.

O sistema de assistência à saúde que predomina no município encontra-se em transição entre o modelo fragmentado e a rede de atenção à saúde. A atenção primária à saúde (APS) coordena a atenção à saúde, mas em muitas situações as relações entre os pontos de atenção e o serviço de referência e contra referência deixam muito a desejar.

1.3 Contexto da ESF Córrego do Ouro II

A comunidade do bairro Córrego do Ouro é dividida em duas áreas de abrangência, sendo que a comunidade atendida pela ESF Córrego do Ouro II conta com 2604 pessoas. O Quadro 2 fornece a distribuição da população abrangida de acordo com a faixa etária e a microárea.

Quadro 2 - População residente na área de abrangência da ESF Córrego do Ouro II, por faixa etária em anos e por microárea (2016).

Faixa Etária	**Microárea**						**TOTAL**
	1	2	3	4	5	6	
0-9	79	63	29	35	57	46	309
10-19	95	82	58	49	51	72	407
20-39	178	165	126	123	126	142	860
40-59	124	110	100	99	130	105	668
≥60	53	48	81	72	61	45	360
TOTAL	**529**	**468**	**394**	**378**	**425**	**410**	**2604**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont (2016) e SIAB (2010)

O bairro localiza-se próximo ao centro da cidade e é um dos maiores e mais populosos bairros da cidade. Oferece variadas opções de comércio e conta também com escolas e igrejas. A infraestrutura e o saneamento básico na comunidade deixam a desejar, sendo enfrentados problemas como buracos no asfalto, esgoto a céu aberto e problemas com a coleta de lixo.

Dados sobre o saneamento básico da população podem ser encontrados nos Quadros 3, 4 e 5. Grande parte da comunidade é muito carente e as condições de muitas moradias são precárias. Também são enfrentados problemas com grande índice de abuso de drogas, prostituição e violência. A própria UBS já foi assaltada três vezes por moradores do bairro, durante a madrugada.

Quadro 3 - Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e microárea da ESF Córrego do Ouro II (2016).

Destino do lixo	**Microárea**						**TOTAL**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	
Coletado	164	146	147	144	151	133	885
Queimado/enterrado	0	0	0	0	1	0	1
Jogado	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**164**	**146**	**147**	**144**	**152**	**133**	**886**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont (2016) e SIAB (2010)

Quadro 4 - Distribuição das famílias segundo o destino de dejetos e microárea da ESF Córrego do Ouro II (2016).

Destino de dejetos	**Microárea**						**TOTAL**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	
Sistema publico	164	146	147	144	152	127	880
Fossa	0	0	0	0	0	0	0
Céu aberto	0	0	0	0	148	6	154
TOTAL	**164**	**146**	**147**	**144**	**152**	**133**	**886**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont (2016) e SIAB (2010)

Quadro 5 - Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e microárea da ESF Córrego do Ouro II (2016).

Abastecimento de água	**Microárea**						**TOTAL**
	1	2	3	4	5	6	
Sistema público	164	146	147	142	152	133	884
Outro	0	0	0	2	3	0	5
TOTAL	**164**	**146**	**147**	**144**	**152**	**133**	**886**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont (2016) e SIAB (2010)

A unidade foi inaugurada há cerca de quatro anos e está situada na avenida principal do bairro. É um imóvel novo, que foi planejado e construído com o propósito de ser uma UBS, mas apesar disso, conta com vários problemas estruturais.

O tamanho é satisfatório, e conta com uma recepção espaçosa, porém seu telhado é composto apenas de telha de amianto, fator responsável por um calor excessivo na sala em dias quentes. Isso traz desconforto aos pacientes que aguardam e também aos funcionários. Existem ainda uma sala inativa de vacinação, três consultórios multiprofissionais, uma sala de administração de medicamentos, uma sala de curativos, uma sala de reuniões, cozinha, dois banheiros, um vestiário e uma pequena área externa. Todos os cômodos situados ao lado esquerdo de quem entra na UBS são afetados com uma grande infiltração nas paredes, fator que traz grandes problemas. A sala de vacinação, por exemplo, não tem condições de funcionar. Um dos consultórios multiprofissionais fica literalmente alagado em dias de chuva, além do odor de mofo que atinge a saúde dos pacientes e profissionais. Goteiras nos bocais de várias lâmpadas fazem com que muitos cômodos fiquem constantemente sem luz.

A UBS funciona com recursos básicos, incluindo mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, material para curativos e instrumentos para puericultura. Não há, no entanto, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias, sendo este um fator comum a todas as unidades básicas de saúde da cidade. Além disso, não há estoque de vacina devido aos problemas apresentados acima.

A equipe é formada por seis agentes comunitárias de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um enfermeiro (também coordenador da UBS) e uma médica participante PROVAB. O horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira das 7h às 16h, e as agentes comunitárias se revezam durante a semana, segundo uma escala, para realizar as atividades de recepção e arquivo. Não há horários extras de atendimento, mas há um planejamento da equipe em estender o período de atendimento periodicamente para atender aos pacientes que tem horário de trabalho incompatível.

As atividades diárias se concentram no atendimento das consultas agendadas, demanda espontânea, visitas domiciliares, renovação de receitas e cumprimento de programas. Entre os programas, encontra-se pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico e atendimento “hiperdia”

(hipertensos e diabéticos). Uma visão do perfil epidemiológico e da distribuição de consultas podem ser encontrados nos Quadros 6 e 7, respectivamente.

Quadro 6 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Córrego do Ouro II (2016).

Principais causas de óbitos	Doenças cardiovasculares, câncer
Principais causas de internação	Doenças cardiovasculares, câncer
Doenças de notificação	Sífilis, dengue
Causas de Mortalidade Infantil	Não houve mortalidade infantil no ano de 2016

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont (2016) e SIAB (2010)

Quadro 7 - Distribuição das consultas de médico e enfermeiro segundo os programas e área de ESF Córrego do Ouro II (2016).

Atividades	**Consultas**
Puericultura	262
Pré-natal	32
Hipertensão	702
Diabetes	173
Câncer	10
Tuberculose	0
Hanseníase	0
TOTAL	**1179**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont (2016) e SIAB (2010)

Além disso, a equipe realiza periodicamente reuniões para discussão do processo de trabalho e planejamento de atividades. Ocorre também a realização periódica de grupos operativos.

2 JUSTIFICATIVA

O sedentarismo e a má alimentação são um problema evidenciado diariamente dentro da comunidade da ESF Córrego do Ouro II. A partir dele, vários outros problemas são decorrentes, como o excesso de peso e o descontrole de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes, que também são prevalentes no cotidiano da atenção à saúde da população adscrita pela ESF.

Segundo o Ministério da saúde, “as doenças e agravos não transmissíveis, vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causa de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo” (BRASIL, 2014a, p. 19).

Dessa forma, a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade destacam-se como importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade. Além de funcionar como fator de risco para outras doenças, a obesidade e o excesso de peso também interferem na qualidade de vida e na aceitação social dos indivíduos, corroborando a necessidade de ações que tenham como alvo a obesidade. Uma vez que “o excesso de peso tem como determinantes proximais o padrão alimentar e o dispêndio energético” (BRASIL, 2014a, p. 20), ações diretas sobre a alimentação e a prática de atividades físicas são fundamentais (BRASIL, 2014a).

Destaque deve ser dado ao padrão de consumo de frutas, legumes e verduras, que são apontados como determinantes não só do estado nutricional, mas também do desenvolvimento de doenças crônicas, como relatado a seguir: “o baixo consumo de frutas, legumes e verduras está entre os cinco principais fatores de risco associados à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis” (BARBOSA, 2012, p 48). Portanto, deve-se incentivar cada vez mais o consumo desses alimentos, funcionando como importante estratégia na promoção da saúde. (BARBOSA, 2012).

Uma recente metanálise que objetivou quantificar a associação entre atividade física e o risco de desenvolvimentos de cinco importantes doenças crônicas teve resultados surpreendentes. Segundo o estudo, que analisou artigos publicados entre 1980 e 2016, o risco de desenvolver qualquer um dos eventos de câncer de mama, câncer de cólon, diabetes, doença cardíaca isquêmica e acidente vascular encefálico isquêmico, é significativo menor quando se pratica atividade

física em um nível elevado. O estudo não permite concluir as diferenças de associação entre os diferentes níveis de atividade física e aponta a necessidade de outras pesquisas nesse sentido. Apesar disso, revela ganhos na redução de risco para o desenvolvimento das doenças mesmo em níveis mais baixos de atividade física, respaldando a necessidade de seu estímulo (KYU *et al.*, 2016).

A prática regular de atividade física é fator estabelecido de proteção à saúde (IBGE, 2013). Além disso, assim como a alimentação saudável, ela previne a obesidade, que é fator de risco para uma série de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e cânceres. Ainda, segundo o MS, a Atenção Básica tem um papel fundamental nas ações incentivadoras da alimentação saudável e da prática de atividades físicas, no intuito de combater o excesso de peso, conforme citado:

> 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 (BRASIL, 2014a, p. 20).

Entre as propostas estabelecidas pelas ações do SUS, encontra-se a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que está inserida dentro do contexto de promoção à saúde. Compreende estratégias que objetivam promover e facilitar a escolha de hábitos alimentares saudáveis pelos indivíduos e pela comunidade, devendo, assim, ser alvo de constantes ações pela ESF (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde,

> A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais [...] (BRASIL, 2012, p. 33).

Conforme demonstrado, as ações sobre a alimentação e a prática de exercícios físicos demonstram-se como importantes e necessárias dentro da atenção à saúde, em que o papel da atenção básica e da ESF destaca-se para desenvolvimento dessas ações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação com vistas à melhoria do estilo de vida aos usuários da UBS Córrego do Ouro II do município de Santos Dumont em Minas Gerais, no que tange especialmente a alimentação saudável e a prática de atividades físicas.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os fatores determinantes do sedentarismo e da má alimentação na comunidade sob responsabilidade da ESF Córrego do Ouro II.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.
- Incentivar e orientar a equipe de saúde a incorporar a abordagem do tema como rotina na unidade de saúde.
- Criar uma ferramenta que possa melhorar os hábitos alimentares e diminuir o sedentarismo na comunidade adscrita.

4 METODOLOGIA

A metodologia para a elaboração do plano de ação se estruturou em três etapas. Na primeira, foi a realizado o Diagnóstico Situacional pelo método “Estimativa rápida” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) que permitiu realizar identificar os problemas prioritários da comunidade e da ESF, fazer escolha do problema a ser abordado, assim, definir os nós críticos e as ações.

Para o diagnóstico situacional foram realizadas reuniões da equipe de saúde, além da utilização de informações colhidas de informantes-chave e dados do IBGE, DATASUS (SIAB), da Secretaria de Saúde e aqueles coletados pela própria ESF, armazenados na UBS. A priorização dos problemas e a seleção do problema a ser abordado foram realizadas através de reuniões da equipe de saúde, em que foram apontados vários problemas enfrentados. A partir daí, foram analisados os itens de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe para classificar esses problemas, e, em consenso, foi escolhido um dentre os problemas mais prioritários. Essa escolha baseou a formulação de nós críticos e do plano de ação.

Na segunda etapa, foi feita uma revisão literária narrativa a partir do acesso às bases de dados BIREME (BVS), SciELO, Portal da Saúde Baseada em Evidências (MS) e PubMed. Para definição das palavras-chave foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): dieta saudável, obesidade, estilo de vida sedentário (BRASIL, 2017). Os critérios de inclusão na pesquisa foram artigos publicados entre os anos de 2009 e 2016.

A terceira e última etapa destinou-se à elaboração do plano de ação propriamente dito, que foi baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), como orientam Campos, Faria e Santos (2010) e, portanto, de maneira intersetorial e participativa. Dentre as ações propostas, encontram-se a criação de um grupo de convivência para caminhada e campanha educativa através de panfletos, folders e oficinas, como demonstra o item 6 (Plano de Ação).

A formatação e a disposição das referências seguiram as normas da ABNT, baseadas nas orientações de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2013).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Alimentação saudável

> Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2012, p. 31).

Segundo a PNAN, “a alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde” (BRASIL, 2012, p. 10). O padrão alimentar atual em nosso país é caracterizado por um abuso de alimentos ultraprocessados, com alto teor calórico, ricos em gorduras e com baixo valor nutricional (BRASIL, 2012). Essa realidade se contrapõe com a recomendação mais importante presente no GAPB, que é a de consumir os produtos ditos *in natura* como a base da alimentação (BRASIL, 2014b). Além disso, o nível baixo de atividade física também identificado na nossa população soma-se ao hábito alimentar inadequado para provocar aumento nos níveis de excesso de peso e doenças crônicas (BRASIL, 2012).

Algumas associações podem ser feitas com relação ao padrão alimentar e alguns grupos da sociedade. Em relação à associação da alimentação com a renda dos indivíduos, por exemplo, um dado curioso: a classe econômica mais baixa tende a apresentar melhor hábito alimentar, com maior consumo de alimentos *in natura* do que os indivíduos de classe econômica mais alta, que consomem maior proporção de alimentos processados e ultraprocessados (BRASIL, 2012).

Com relação aos grupos etários, observa-se que os mais jovens tem um padrão alimentar pior em comparação com os indivíduos mais velhos. Com o aumento da idade, aumenta o consumo de frutas e verduras e diminui o consumo de alimentos ultraprocessados, enquanto o contrário é observado com a diminuição da faixa etária (BRASIL, 2012). Ainda, segundo a PNAN, “os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, [...] apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas” (BRASIL, 2012, p. 14).

A realidade do mau padrão alimentar entre os adolescentes é preocupante, chamando atenção para a necessidade de intervenções para o estilo de vida saudável voltado para esse público. Em relação a esse grupo etário, Enes e Slater afirmam:

> Os adolescentes podem ser considerados um grupo de risco nutricional, devido à inadequação de sua dieta decorrente do aumento das necessidades energéticas e de nutrientes para atender à demanda do crescimento (ENES; SLATER, 2010, p. 2)

O grande consumo e alimentos processados e ultraprocessados observado, em detrimento dos alimentos *in natura*, pode estar relacionado ao estilo de vida atual, ou seja, ao cotidiano dos indivíduos, apontado pela PNAN como um estimulador da alimentação fora do domicílio. Ela revela que, “em 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa [...] composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultraprocessados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos” (BRASIL, 2012, p. 15). Podemos pensar que o anseio por alimentações rápidas no intuito de ganhar tempo, corrobora para esse fato.

Em relação ao conceito do alimento, é importante entende-lo como produto complexo. Os efeitos do alimento decorrem do conjunto dos ingredientes presentes naquele alimento, que podem não serem obtidos considerando apenas seus componentes individuais, conforme aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b):

> Vários estudos mostram, por exemplo, que a proteção que o consumo de frutas ou de legumes e verduras confere contra doenças do coração e certos tipos de câncer não se repete com intervenções baseadas no fornecimento de medicamentos ou suplementos que contêm os nutrientes individuais presentes naqueles alimentos. Esses estudos indicam que o efeito benéfico sobre a prevenção de doenças advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados (BRASIL, 2014b, p16):

O consumo de frutas e verduras é amplamente estimulado por vários artigos e protocolos nacionais e internacionais. A fim de testar essa recomendação, um estudo foi realizado na Inglaterra para avaliar a relação entre o consumo de frutas e vegetais e a mortalidade por todas as causas, por câncer e por doenças cardiovasculares. Foram utilizados dados de 65.226 participantes, de 2001 a 2013, que faziam parte de um inquérito anual de nível nacional realizado no país (OYEBODE *et al*, 2014). Corroborando a recomendação do consumo desse tipo de

alimento, o estudo concluiu que “o consumo de frutas e vegetais está inversamente associado a mortalidade por todas as causas, por câncer e por doenças cardiovasculares a nível nacional” (OYEBODE *et al*, 2014, p 861).

Quatro categorias de alimentos podem ser definidas de acordo como tipo de processamento empregado na sua produção. Segue a classificação, extraída do GAPB:

- **Primeira categoria:** alimentos *in natura* ou minimamente processados. Alimentos *in natura* são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza. Alimentos minimamente processados são alimentos *in natura* que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Exemplos incluem grãos secos, polidos e empacotados ou moídos na forma de farinhas, raízes e tubérculos lavados, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado. (BRASIL, 2014b, p25).
- **Segunda categoria:** produtos extraídos de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza e usados pelas pessoas para temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias. Exemplos desses produtos são: óleos, gorduras, açúcar e sal. (BRASIL, 2014b, p26).
- **Terceira categoria:** produtos fabricados essencialmente com a adição de sal ou açúcar a um alimento *in natura* ou minimamente processado, como legumes em conserva, frutas em calda, queijos e pães. (BRASIL, 2014b, p26).
- **Quarta categoria:** produtos cuja fabricação envolve diversas etapas e técnicas de processamento e vários ingredientes, muitos deles de uso exclusivamente industrial. Exemplos incluem refrigerantes, biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote” e “macarrão instantâneo” (BRASIL, 2014b, p26).

Segundo o GAPB, os alimentos ultraprocessados estariam incluídos na quarta categoria acima. É recomendado limitar o consumo de alimentos processados e evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, uma vez que desequilíbrio nutricional é crescente à medida que aumenta o grau de processamento dos alimentos. Os alimentos ultraprocessados, portanto, geralmente são ricos em gorduras, açúcar e sódio, e pobres em fibras, vitaminas e minerais. Esse desequilíbrio favorece doenças crônicas, incluindo doenças cardíacas, diabetes e câncer. O grande desafio é o risco de serem erroneamente vistos como produtos saudáveis, visão estimulada pela mídia (BRASIL, 2014b).

Apesar da recomendação, segundo Louzada:

> Análises de pesquisas de orçamentos familiares em três países e de séries temporais de estatísticas de vendas de alimentos em 79 países indicam tendência generalizada de aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, com maior intensidade em países de renda média, como o Brasil (LOUZADA *et al.*, 2015, p. 02).

Em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil, Bielemann e colaboradores realizaram um estudo com participantes jovens, com média de 23 anos de idade, no município de Pelotas, RS, revelando um alto consumo desses alimentos no grupo estudado. Em torno de 50% da ingesta de calorias por dia foi devida a esse tipo de alimento, que se associou a um maior consumo de gorduras, colesterol e sódio, e a um menor consumo de fibras alimentares e proteínas. Os fatos apontam para uma tendência à dieta global pouco nutritiva entre os jovens pesquisados. O estudo ainda observou um aumento do consumo dos alimentos ultraprocessados de acordo com níveis mais altos de escolaridade e de renda, sugerindo maior interesse e facilidade de acesso a esse tipo de alimento por esses indivíduos (BIELEMANN *et al*, 2015a).

O GAPB resume as recomendações através dos “Dez passos para uma alimentação saudável”, listados brevemente a seguir (Quadro 8):

Quadro 8 - Dez passos para uma alimentação saudável.

1	Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação
2	Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias
3	Limitar o consumo de alimentos processados
4	Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados
5	Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia
6	Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados
7	Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias

8	Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece
9	Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora
10	Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Fonte: Brasil (2014b, p. 125/128).

Após todos os conhecimentos descritos, cabe destacar o importante papel do profissional de saúde em fornecer o acesso a informações confiáveis sobre a alimentação saudável à comunidade, pois isso contribui para que pessoas façam melhores escolhas alimentares e façam valer o direito humano à alimentação adequada, ampliando sua autonomia (BRASIL, 2014b).

5.2 Prática adequada de atividades físicas

A falta de atividade física é um fator de risco importantíssimo para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis e também para morte em todo o mundo (OMS, 2017). Segundo a OMS, a prática regular e adequada de atividade física está relacionada a:

> (1) melhor aptidão muscular e cardiorrespiratória; (2) melhor saúde óssea e funcional; (3) menor risco de hipertensão, doença cardíaca coronariana, acidente vascular cerebral, diabetes, vários tipos de câncer (incluindo câncer de mama e câncer de cólon) e depressão; (4) menor risco de quedas, bem como as fraturas do quadril ou vertebral; (5) melhor equilíbrio energético e controle de peso (OMS, 2017).

Apesar dos indiscutíveis benefícios da atividade física, 1 em 4 adultos no mundo não é suficientemente ativo. Essas pessoas têm de 20% a 30% mais risco de morte se comparadas com pessoas que seguem as recomendações para a prática de atividade física (OMS, 2017).

A OMS define a atividade física como “qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que requer gasto de energia” (OMS, 2017, p. 18). Segundo a entidade, mesmo as atividades que realizamos em nosso dia a dia, como no deslocamento a compromissos, no trabalho ou em momentos de lazer, trazem benefícios à saúde e, por isso, também são consideradas atividades físicas (OMS, 2017).

A OMS ainda ressalta dados alarmantes, que se seguem abaixo:

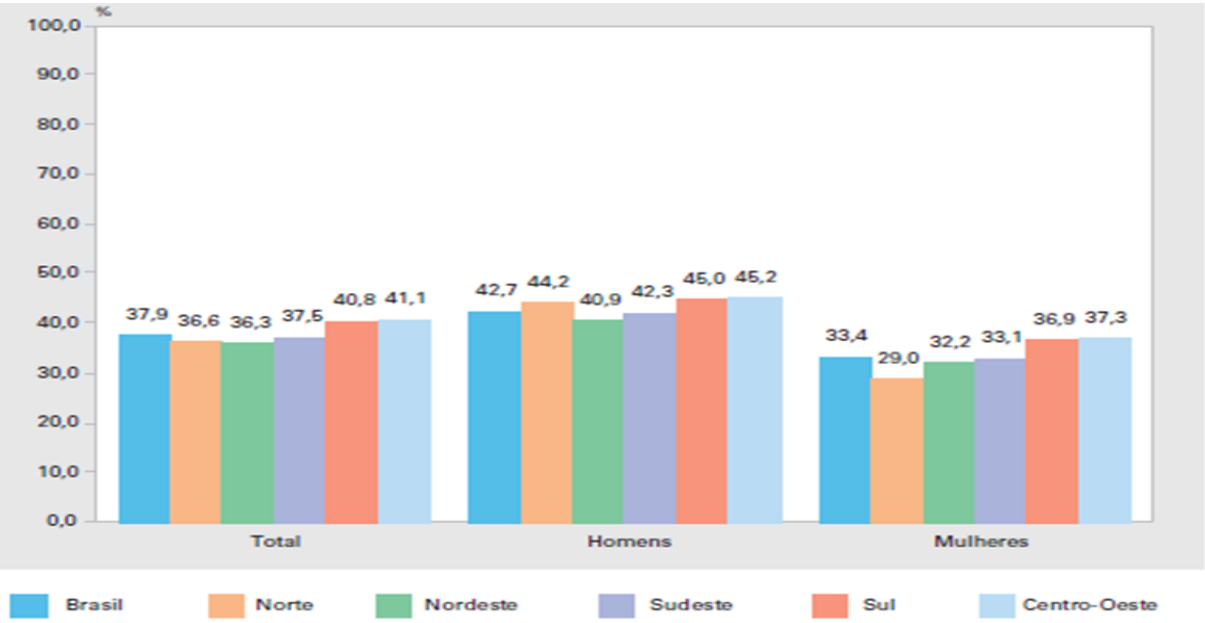
- Cerca de 23% dos adultos do mundo com idade igual ou superior a 18 anos não eram suficientemente ativos em 2010 (homens 20% e mulheres 27%)
- Em países de alta renda, 26% dos homens e 35% das mulheres eram insuficientemente ativos, em comparação com 12% dos homens e 24% das mulheres nos países de baixa renda
- 81% dos adolescentes do mundo entre os 11 e os 17 anos eram insuficientemente ativos em 2010, com predomínio da inatividade entre as meninas (OMS, 2017).

Nesse contexto, o Suplemento de Práticas de Esporte e Atividade Física da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2015, realizada pelo IBGE, avaliou a situação brasileira em relação a prática de atividades físicas. O suplemento da pesquisa investigou os moradores de 15 anos ou mais de idade no Brasil, em seu tempo livre, no período de um ano (2014 a 2015). Dados dessa pesquisa são citados a seguir (IBGE, 2015).

No período investigado, do total de 161,8 milhões de indivíduos participantes da pesquisa, apenas 37,9% praticaram algum tipo de atividade física, seja ela esportiva ou não. Em relação ao sexo, ficou evidente que os homens foram responsáveis por uma maior participação na prática de atividades físicas, estando a proporção, entre eles, de 42,7% contra 33,4% de praticantes dentre as mulheres (IBGE, 2015).

A Fig. 1 mostra os percentuais de praticantes de esporte ou atividade física, no período analisado, de acordo com o sexo e as regiões brasileiras. Pode-se perceber que, apesar de todas as regiões apresentarem maior prevalência de mulheres do que de homens na população, os percentuais de homens praticantes de atividades físicas sempre foi maior, evidenciando uma maior inatividade entre o público feminino (IBGE, 2015, p. 11).

Figura 1 - Percentual de pessoas que praticaram algum esporte ou atividade física, no período de referência de 365 dias, na população de 15 anos ou mais de idade, por sexo, segundo as Grandes Regiões (2015).



Fonte: IBGE (2015, p. 24).

Em relação à faixa etária, percebe-se que o nível de prática de atividade física ou esportes diminui com o aumento da idade. Na faixa de 15 a 17 anos, no país, 53,6% das pessoas eram praticantes, contra apenas 27,6% nas pessoas de 60 anos ou mais (IBGE, 2015).

Importante conclusão também é observada em relação ao nível de escolaridade da população, que mostrou que as pessoas praticantes de atividades físicas ou esportes eram mais frequentes nos grupos de maior escolaridade. Por exemplo, entre as pessoas sem nenhuma instrução, observou-se 17,3% de praticantes, contra 56,7% das pessoas com formação superior completa. A mesma relação positiva também é observada em relação ao rendimento médio mensal domiciliar *per capita*; quanto maior a renda, maior a porcentagem de praticantes encontrada (IBGE, 2015).

Um estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, analisou a situação da atividade física realizada ao lazer no município a partir de dados coletados no ano de 2005. Além de apontar associações importantes entre a inatividade e fatores de risco para doenças crônicas, os resultados desse estudo, acompanham o que foi encontrado no suplemento do PNAD de nível nacional, que foi demonstrado anteriormente, no que diz respeito ao sexo, faixa etária e nível de instrução: a

inatividade física ao lazer foi maior entre as mulheres, entre os mais velhos e entre os indivíduos com baixa escolaridade. Os resultados mostraram ainda que a prevalência de inatividade física no lazer associa-se a outros comportamentos de risco, que tem características diferentes entre os sexos (MARTINS *et al.*, 2009).

Em relação aos tipos de atividade física, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE (2013), levou em conta a classificação da atividade física em “quatro domínios: no lazer (no tempo livre), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas” (IBGE, 2013, p. 28). Para compreensão, ela estabelece que a recomendação de atividade física relacionada ao lazer deve ser de “pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa” (IBGE, 2013, p. 28).

Segundo a PNS, o percentual de adultos que praticavam o nível recomendado de atividade física no lazer foi maior entre os homens, diminuiu com o aumento da idade e aumentou de acordo com o maior grau de instrução (IBGE, 2013). Esses resultados acompanham aqueles encontrados pela PNAD (2015).

Os indivíduos que “andam a pé, fazem faxina pesada, carregam peso ou realizam outra atividade que requeira esforço físico intenso, sendo estas atividades vinculadas ao exercício de seu trabalho por 150 minutos ou mais na semana” (IBGE, 2013, p 29), ou seja, os que praticam atividade física no trabalho, representam 14,0% dos adultos estudados na PNS (IBGE, 2013).

A PNS também classificou os praticantes de atividade física no deslocamento, definindo-os como “os que se deslocam para atividades habituais [...] ou levar alguém para estes lugares de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta” (IBGE, 2013, p. 29). A proporção total encontrada foi 31,9% dos adultos (IBGE, 2013).

Entre as pessoas praticantes de atividades domésticas, tidas como “mínimo de 150 minutos semanais, tais como faxina pesada ou atividades que requerem esforço físico intenso” (IBGE, 2013, p. 30), encontrou-se a proporção total de 12,1%, com grande destaque para as mulheres (IBGE, 2013).

O percentual de adultos classificados como insuficientemente ativos no Brasil foi assustador: 46,0%. Esse grupo inclui aqueles que “não praticaram atividade física ou praticaram por menos do que 150 minutos por semana

considerando os três domínios: lazer; trabalho e deslocamento para o trabalho" (IBGE, 2013, p. 31).

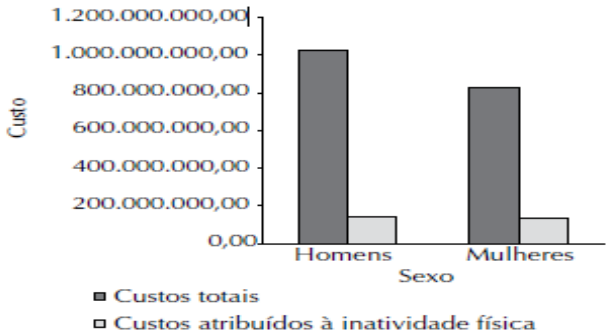
A PNS (2013) ainda traz um dado importante, que se relaciona aos números citados anteriormente pela pesquisa: "28,9% da população adulta relatou ter assistido televisão por 3 ou mais horas diárias" (IBGE, 2013, p. 31). A seguir, o IBGE ressalta como esse tipo de comportamento é prejudicial à saúde.

> O tempo gasto em comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento do risco de se contrair doenças, havendo múltiplas evidências de que o número de horas diárias que o indivíduo despende vendo televisão aumenta sua exposição à obesidade e, consequentemente, a outras doenças (IBGE, 2013, p. 31).

Outro dado importantíssimo, apontado por Bielemann *et al*. (2015b, p.02) é o custo oneroso no sistema de saúde por hospitalizações devido a doenças crônicas, que poderia ser reduzido através da prática de atividade física. Em seu estudo, que utilizou dados do Sistema Único de Saúde relativos ao ano de 2013, o autor avaliou o "custo das internações por câncer, doenças do aparelho circulatório, diabetes e osteoporose".

A Figura 2 abaixo, retirada do artigo, evidencia os gastos totais com internações devido a essas doenças em homens e mulheres e o comparativo com os gastos atribuíveis à inatividade física. Isso significa que, se o fator inatividade física fosse eliminado, haveria uma economia de 14% dos gastos em homens e 16,2% em mulheres, com uma economia total de R$275.646.877,64 (15%) ((Bielemann *et al*., 2015b).

Figura 2 - Custos totais (R$) ao Sistema Único de Saúde devido às hospitalizações por neoplasia de cólon e mama, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, hipertensão, diabetes e osteoporose e valor atribuível à inatividade física de homens e mulheres.



Fonte: Brasil (2013) citado por Bielemann *et al*. (2015b, p. 7).

Como vimos, os dados no Brasil e no mundo são alarmantes. A OMS estimula os países e as comunidades a tomarem medidas que ofereçam aos indivíduos mais oportunidades de serem ativos e que promovam a atividade física como parte da vida cotidiana.

No Quadro 9, segue a recomendação para a prática de atividade física de acordo com a idade (OMS, 2017).

Quadro 9 - Recomendação sobre a prática de atividade física adequada para cada faixa etária, segundo a OMS.

FAIXA ETÁRIA	RECOMENDAÇÃO
CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 5 A 17 ANOS	Devem fazer pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa diariamente. A atividade física de quantidades superiores a 60 minutos por dia proporcionará benefícios adicionais para a saúde. Deve incluir atividades que fortaleçam músculo e osso, pelo menos 3 vezes por semana.
ADULTOS DE 18 A 64 ANOS	Devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou fazer pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa. Para benefícios adicionais para a saúde, os adultos devem aumentar sua atividade física de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou equivalente. As atividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo grandes grupos musculares em 2 ou mais dias por semana.
ADULTOS COM 65 ANOS OU MAIS	Deve fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa. Para benefícios adicionais para a saúde, eles devem aumentar a atividade física de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou equivalente. Aqueles com mobilidade fraca devem realizar atividades físicas para aumentar o equilíbrio e evitar quedas, 3 ou mais dias por semana. As atividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo grandes grupos musculares, 2 ou mais dias por semana.

Observação 1: A intensidade de diferentes formas de atividade física varia entre as pessoas. Para ser benéfico para a saúde cardiorrespiratória, toda a atividade deve ser realizada em episódios de pelo menos 10 minutos de duração.
Observação 2: Algumas atividades físicas são melhores do que não fazer nenhuma. Ao tornar-se mais ativo ao longo do dia de maneiras relativamente simples, as pessoas podem facilmente alcançar os níveis de atividade recomendados.

Fonte: OMS (2017).

5.3 Obesidade e excesso de peso

> O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultra processados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas (BRASIL, 2012, p. 15).

O Brasil, assim como na maioria dos países do mundo, vem enfrentando o aumento significativo do sobrepeso e da obesidade. “O excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade – é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias” (BRASIL, 2012, p. 18).

A classificação para o estado nutricional para adultos é baseada nas recomendações da OMS (1995), assim como elucidado no Quadro 10 a seguir, extraído do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

Quadro 10 - Classificação do estado nutricional para adultos (faixa etária de 20 a 60 anos).

Classificação do estado nutricional	Pontos de corte
Baixo peso	<18,5 kg/m²
Eutrófico	≥18,5 e <25 kg/m²
Sobrepeso	≥25 e <30 kg/m²
Obesidade I	≥30 e <35 kg/m²
Obesidade II	≥35 e <40 kg/m²
Obesidade III	≥40 kg/m²

Fonte: OMS (1995) citado por BRASIL (2014a, p. 37).

Segundo a PNAN, a obesidade está em ascensão e dados do VIGITEL mostram que “a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos” (BRASIL, 2012, p. 18).

Em relação aos adolescentes, Enes e Slater (2010) destacam o aumento da prevalência do excesso de peso nas últimas décadas, não só no Brasil como em outros países do mundo, como os Estados Unidos. Os autores destacam o risco aumentado que esses jovens apresentam de serem adultos obesos, acarretando consequências em relação ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e risco maior de mortalidade, especialmente por doença coronariana (ENES; SLATER, 2010). Em relação às consequências ainda durante a adolescência, pode-se destacar:

> O estado nutricional do adolescente é de particular interesse, pois a presença de obesidade nesta faixa etária tem sido associada ao aparecimento precoce de hipertensão arterial, dislipidemias, aumento da ocorrência de diabetes tipo 2, distúrbios na esfera emocional, além de comprometer a postura e causar alterações no aparelho locomotor (ENES; SLATER, 2010, p. 3/4).

Uma metanálise realizada em quatro continentes, utilizando dados de estudos publicados entre 1970 a 2015, relacionou o índice de massa corpórea (IMC) com a mortalidade por todas as causas. Ficou demonstrado que tanto o excesso de peso como a obesidade foram associadas ao aumento da mortalidade. Os níveis mais altos de obesidade, com IMC superior a 25 kg / m², tiveram relação forte e positiva em praticamente todas as regiões globais estudadas (THE GLOBAL BMI MORTALITY COLLABORATION, 2016).

“O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física” (BRASIL, 2012, p. 19). A obesidade é uma doença multifatorial, e sua complexidade associada à sua importância como fator de risco para outras doenças crônicas deve incentivar ações incansáveis na tentativa de prevenção, diagnóstico precoce e reversão desse quadro (BRASIL, 2012).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

O dia a dia de qualquer processo de trabalho permite a identificação de vários problemas. No caso da Equipe de Saúde da Família Córrego do Ouro II, podem ser evidenciados problemas estruturais da unidade de saúde, problemas relacionados ao próprio processo de trabalho da equipe, problemas de saúde mais frequentes e problemas relativos ao contexto da comunidade abrangente nos aspectos sociais, econômicos e estruturais.

A comunidade da população adscrita é, no geral, muito carente, contando más condições das moradias e problemas sociais como o uso de drogas, prostituição e violência. O saneamento também apresenta empecilhos, como a ausência de tratamento de esgoto na cidade e problemas com a coleta de lixo.

Em relação ao sistema local de saúde, destacam-se a ineficácia do sistema de referência e contra referência, serviço de urgência ineficaz, filas de espera para exames, consultas e procedimentos. Destaca-se um problema recente acerca dos exames preventivos de colo do útero, que não são realizados há cerca de 6 meses em todo o município devido a um impasse burocrático de credenciamento do laboratório para análise do material.

A UBS de saúde conta com problemas estruturais graves que afetam diretamente a saúde dos funcionários e pacientes, com destaque para a extensa infiltração que leva ao mofo e a goteiras. Esse é o motivo, por exemplo, da impossibilidade de funcionamento de uma sala de vacinação na unidade, que é ausente.

Entre os problemas de saúde mais prevalentes encontrados na comunidade, podem ser citados: sedentarismo, má alimentação, hipertensão, diabetes, excesso de peso, tabagismo, uso crônico de benzodiazepínicos, entre outros.

Sobre o processo de trabalho da equipe de saúde, encontram-se obstáculos como a necessidade de uma equipe multiprofissional completa, adequação da agenda de funcionamento à grande demanda espontânea, e melhor planejamento das reuniões de equipe.

6.2 Priorização dos problemas

O Quadro 11 evidencia a priorização dos problemas mais relevantes, definidos através de reuniões e consenso da equipe de saúde. Foram levados em conta os critérios de importância do problema, urgência de sua resolução e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Quadro 11 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Córrego do Ouro II.

PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA*	URGÊNCIA**	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO***	SELEÇÃO/ PRIORIZAÇÃO
Maus hábitos de vida (sedentarismo e má alimentação)	ALTA	6	PARCIAL	1
Sobrepeso e Obesidade	ALTA	6	PARCIAL	1
Mau controle de diabéticos e hipertensos	ALTA	5	PARCIAL	1
Violência e uso de drogas	ALTA	4	PARCIAL	1
Realização de exame Papanicolau	ALTA	3	FORA****	2
Uso crônico de benzodiazepínicos	ALTA	2	PARCIAL	3
Necessidade de maior atendimento à demanda espontânea	ALTA	2	PARCIAL	3
Problemas estruturais da unidade	ALTA	1	FORA	4
Falta de contra referência	ALTA	1	FORA	4

Fonte: Autoria própria (2017).
Legenda: *Alta, média ou baixa. ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.
***Total, parcial ou fora.

6.3 Descrição do problema selecionado

O problema escolhido pela equipe de saúde para intervenção foi o alto índice de sedentarismo e da adoção de hábitos alimentares inadequados identificado nos adultos da comunidade. Como visto acima, esse problema foi considerado prioritário dentro da lista de problemas e sua abordagem torna-se essencial, uma vez que é fator de risco para outros problemas prioritários apontados: sobrepeso, obesidade e o mau controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Além disso, é um problema que tem uma boa capacidade de enfretamento pela equipe.

Para facilitar o processo de descrição do problema, segue o Quadro 12, construído com base principalmente em registros da equipe colhidos por indagações e medições antropométricas nas consultas.

Quadro 12 - Descritores do problema medidos em porcentagem dos adultos atendidos na UBS Córrego do Ouro II.

DESCRITORES	VALORES
Sedentários	60%
Alimentação inadequada	72%
Excesso de peso (sobrepeso e obesidade)	64%
Sobrepeso	30%
Obesidade grau I	20%
Obesidade grau II	9%
Obesidade grau III	5%

Fonte: Autoria Própria (2017).

6.4 Explicação do problema selecionado

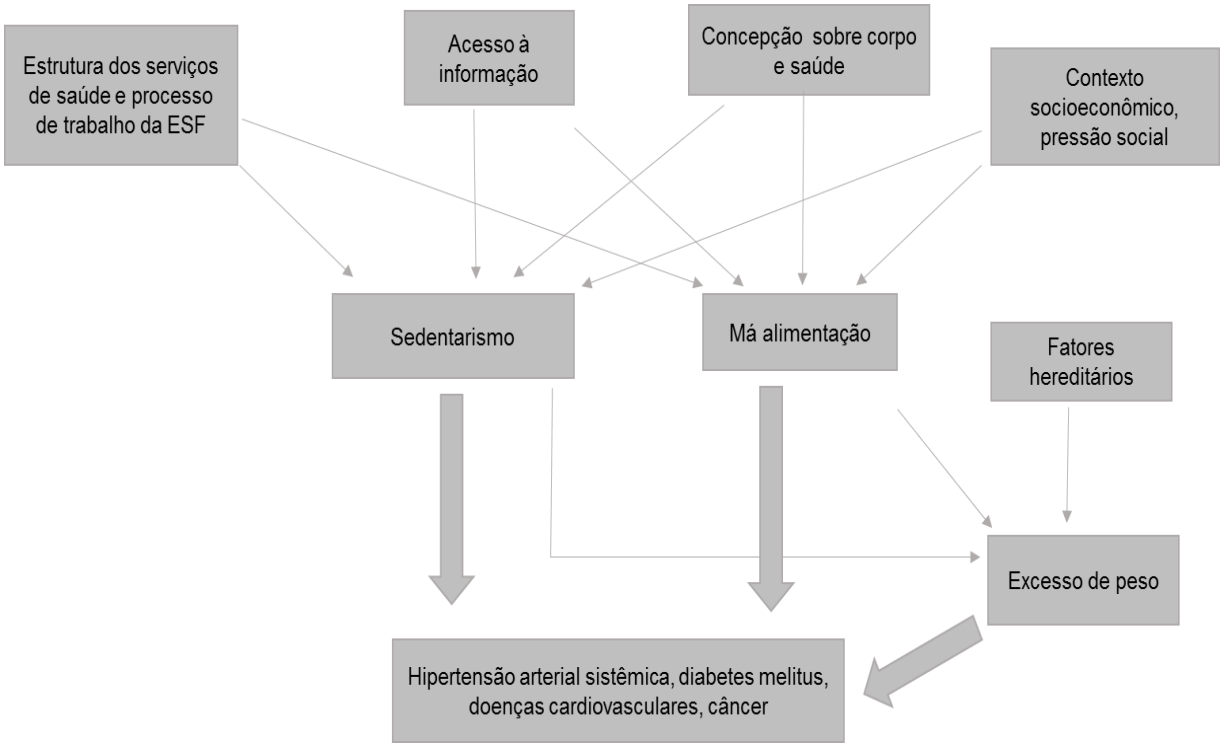
O excesso de peso tem como determinantes diretos o hábito alimentar e o dispêndio energético. O hábito alimentar, por sua vez, é influenciado pelo contexto familiar e socioeconômico, além da influência cada vez maior da mídia. Da mesma

forma, a prática de exercícios físicos sofre também influência do contexto familiar, socioeconômico e da mídia. Além disso, a mudança nos hábitos de vida sempre esbarra na vontade individual das pessoas, que está muitas vezes atrelado à pressão social. As causas genéticas também tem papel relevante.

O peso excessivo é fator de risco comprovado para uma série de problemas de saúde, incluindo doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão, o aumento do risco cardiovascular e vários tipos de câncer. Dessa forma, funcionando como fator de risco modificável, deve ser foco de ações contínuas na atenção em saúde.

O esquema explicativo do problema em questão é muito complexo, e pode ser evidenciado de maneira inicial e parcial pela Figura 3, abaixo:

Figura 3 - Esquema sobre a explicação do problema selecionado.



Fonte: Autoria Própria (2017).

6.5 Seleção de nós críticos

A partir da análise dos componentes relacionados ao problema selecionado, que foram abordados anteriormente, a equipe definiu, em conjunto, alguns nós críticos, definidos por Campos, Faria e Santos (2010, p. 63), como “tipo de causa de

um problema que, quando ‘atacada’, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Foram eles listados a seguir:

- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde;
- ✓ Hábitos de vida inadequados;
- ✓ Nível de informação sobre o tema;
- ✓ Concepção sobre corpo e saúde.

6.6 Desenho de operações

A equipe organizou o desenho das operações de acordo com os nós críticos definidos acima. Foram estabelecidos a operação ou projeto pretendido, os resultados e produtos esperados e os recursos necessários, conforme demonstra o Quadro 13.

Quadro 13 - Desenho das operações de acordo com o nó crítico.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Hábitos de vida inadequados	**Vida mais saudável** Modificar hábitos de vida	Reduzir em 10% o número de sedentários; melhorar padrão alimentar; melhorar índices de sobrepeso e obesidade	Programa de caminhada orientada, campanha educativa na unidade de saúde e em locais de parceria dentro da comunidade	Organizacional: organização da caminhada e dos objetos da campanha Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação Político: conseguir utilizar espaços da comunidade para a caminhada e para a campanha, articulação intersetorial Financeiro: recursos audiovisuais e impressos
Concepção sobre corpo e saúde	**Autocuidado** Melhorar a visão do corpo e saúde e a necessidade do autocuidado	Pessoas mais atentas ao seu corpo e saúde, entendendo o seu próprio papel na sua saúde	Grupos operativos que trabalhem o autocuidado	Organizacional: organização dos grupos operativos Cognitivo: conhecimento de estratégias de comunicação e dinâmicas de autocuidado Político: mobilização social Financeiro: recursos audiovisuais e impressos

Nível de informação	**Saber mais** Informar a comunidade sobre o tema	Pessoas com mais conhecimento sobre alimentação, prática de exercícios e excesso de peso	Campanha educativa, grupos operativos	Organizacional: organizar agenda Cognitivo: busca de informações, estratégias de comunicação Político: mobilização social Financeiro: recursos audiovisuais e impressos
Processo de trabalho da equipe de saúde	**Estímulo e capacitação da equipe** Implantar o tema no dia a dia de trabalho da equipe	Equipe estimulada a aproveitar oportunidades para conscientização da comunidade sobre o tema, e capacitada para isso	Capacitação para orientação correta sobre o tema e aferição de dados antropométricos, discussões em reuniões internas da equipe	Organizacional: agenda de momentos de reunião e capacitação Cognitivo: capacidade comunicativa, busca de informações, motivação Político: adesão da equipe Financeiros: recursos físicos para medição antropométrica

Fonte: Autoria própria (2017).

6.7 Identificação dos recursos críticos

O Quadro 14 demonstra os recursos críticos identificados, ou seja, aqueles indispensáveis para a realização do plano de ação e que se encontravam indisponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 14 - Recursos críticos necessários.

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Vida mais saudável	Político: uso dos espaços da comunidade para a caminhada e para a campanha Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos
Autocuidado	Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos
Saber mais	Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos
Estímulo e capacitação da equipe	Organizacional: adequação da agenda/ Financeiro: recursos físicos em quantidade adequada para medição antropométrica

Fonte: Autoria própria (2017).

6.8 Análise da viabilidade do plano

Nesse passo, procurou-se identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisar a motivação desses atores e construir as ações estratégicas para atingir os objetivos almejados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O Quadro 15 fornece tais informações.

Quadro 15 - Viabilidade do plano.

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA
Vida mais saudável	Político: uso dos espaços da comunidade para a caminhada e para a campanha Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos	Escola, Igreja, Campo do clube, ambiente público (Prefeitura), Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto; Apoio do estabelecimento
Autocuidado	Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto
Saber mais	Financeiro: para recursos audiovisuais e impressos	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto
Estímulo e capacitação da equipe	Organizacional: adequação da agenda/ Financeiro: recursos físicos em quantidade adequada para medição antropométrica	Equipe de Saúde, Secretaria de Saúde	Favorável	Flexibilização nos horários por cada integrante da equipe; Apresentar projeto

Fonte: Autoria própria (2017).

6.9 Elaboração e controle do Plano Operativo

Para a elaboração do plano operativo, a equipe definiu os responsáveis por cada operação e os prazos para a execução das ações, assim como recomendado por CAMPOS, 2010, em seu documento “Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde”. O Quadro 13 demonstra o plano operativo.

A equipe também organizou um modelo de gestão de plano de ação, que tem como objetivo acompanhar os passos do plano após o início de sua execução

(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Através de reuniões quinzenais, a esquipe pretende analisar o desenrolar do plano, traçando mudanças e novos prazos caso seja necessário.

Quadro 16 - Plano Operativo.

OPERAÇÃO	RESULTADOS	PRODUTOS ESPERADOS	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL/ PRAZO
Vida mais saudável	Reduzir em 10% o número de sedentários; melhorar padrão alimentar; melhorar índices de sobrepeso e obesidade	-Programa de caminhada orientada -Campanha educativa na unidade de saúde e em locais de parceria dentro da comunidade	-Apresentar o projeto -Apoio do estabelecimento	-Enfermeiro e ACSs/ Início em 2 semanas - Médica e enfermeiro/ Início em 2 semanas, término em 3 meses
Autocuidado	Pessoas mais atentas ao seu corpo e saúde, entendendo o seu próprio papel na sua saúde	Grupos operativos que trabalhem o autocuidado	Apresentar projeto	-Enfermeiro, técnica de enfermagem e ACSs/ Início em 1 mês, término em 3 meses
Saber mais	Pessoas com mais conhecimento sobre alimentação, prática de exercícios e excesso de peso	-Campanha educativa -Grupos operativos -Capacitação da equipe	Apresentar projeto	-Médica e enfermeiro/ Início em 2 semanas, término em 3 meses - Toda a equipe/ Início em 1 mês e término em 3 meses -Médica e enfermeiro/Início e término em 1 mês
Estímulo e capacitação da equipe	-Equipe estimulada a aproveitar oportunidades para conscientização da comunidade sobre o tema, e capacitada para isso	-Capacitação para orientação correta sobre o tema e aferição de dados antropométricos -Discussões em reuniões internas da equipe	-Flexibilização nos horários por cada integrante da equipe; -Apresentar projeto	-Médica e enfermeiro/ Início e término em 1 mês -Toda a equipe/ Início em 2 semanas, constante

Fonte: Autoria própria (2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os temas alimentação saudável e prática de atividades físicas são de suma importância e devem ser alvo de constantes ações de saúde, principalmente dentro da APS. O presente trabalho pôde fornecer maior conhecimento teórico e possibilitou discussão sobre quais são os determinantes e as consequências desse grave problema de saúde pública, que é o estilo de vida sedentário e com maus hábitos alimentares.

Pôde-se perceber que os índices brasileiros evidenciam um maior consumo de alimentos processados e ultra processados como base alimentar, provocando um desequilíbrio calórico-nutricional que favorece o ganho de peso. Os números relativos à inatividade física também são preocupantes, e demonstram que a maioria da população brasileira pratica atividade física de modo insuficiente. Como resultante, os casos de excesso de peso, obesidade e outras importantes doenças crônicas não transmissíveis vêm aumentando.

Na ESF Córrego do Ouro II, os maus hábitos alimentares e o sedentarismo acompanham a tendência brasileira e mundial. Através da elaboração deste projeto de intervenção, observou-se:

- A inatividade física e a má alimentação são problemas enfrentados no cotidiano da ESF Córrego do Ouro II, assim como os altos níveis de excesso de peso e doenças crônicas como hipertensão e diabetes;
- Na tentativa de reverter esse quadro, a ESF deve estar estimulada e capacitada a orientar a comunidade, transmitir o conhecimento necessário e realizar o planejamento e execução constantes de ações;
- As ações planejadas por esse PI procuraram estabelecer medidas simples e passíveis de implantação imediata pela ESF, mas precisam do monitoramento contínuo da ESF para adequá-las conforme a realidade;
- É necessária a articulação de diferentes setores sociais e comunitários, governamentais e não governamentais, para alcançar os resultados esperados;
- Ainda há insuficiência de políticas públicas, principalmente no âmbito municipal, com o objetivo de abordar o tema, o que torna ainda maior o desafio da ESF.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. J. O. **Consumo alimentar, seus fatores explicativos e a associação com a obesidade abdominal em população de etnia negra de Salvador.** 2012.112 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15204. Acesso em: 12 de jun. de 2017

BIELEMANN, R. M. *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. **Rev Saúde Pública.** v.49, n.28, p.1-10, 2015a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005572.pdf. Acesso em: 06 de set. de 2017.

BIELEMANN, R. M. et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Rev Saúde Pública**.v.49, n.75.p,.1-8, 2015b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005650.pdf. Acesso em: 10 de set. de 2017.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde**. Descritores em Ciências da Saúde.** Brasília, [online], 2017. Disponível em: http://decs.bvs.br. Acesso em: 13 de abr. de 2017

BRASIL**.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** obesidade. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2014a, 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38) Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf. Acesso em 13 de abr. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira /** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2014b. 2. ed., 1. reimpr. – 156 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 06 de mai. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012. 84 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf. Acesso em: 13 de abr. de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica**: SIAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

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

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 14 de abr. de 2017

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3. Acesso em: 13 de abr. de 2017

ENES, C. C., SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev Bras Epidemiol** v. 13, n.1, p. 163-71, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf. Acesso em 04 de set. de 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/santos-dumont/pesquisa/23/25888?detalhes=true&localidade1=310620. Acesso em: 13 de abr. de 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades@**. Santos Dumont. Brasília, [online], 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santos-dumont/panorama. Acesso em 13 de abr. de 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013:** percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf. Acesso em: 13 de abr. de 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Práticas de esporte e atividade física:** 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 80p. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100364.pdf. Acesso em 02 de jun. de 2017

KYU, H. H. *et al.* Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **BMJ.**.354:i3857, p.1-10,2016 Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i3857. Acesso em: 04 de jun. de 2017

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev Saúde Pública** v. 49,38, 2015; Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034 89102015049006132.pdf. Acesso em: 28 de mai. de 2017

MARTINS, T. G. *et al.* Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados**.** **Rev Saúde Pública** v.43, n. 5, p. 814-2, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/553.pdf. Acesso em: 10 de jun. de 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS [online] **Media center -** Physical activity (Updated February 2017). Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/. Acesso em 20 de jun. de 2017

OYEBODE, O. *et al.* Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data*.* **J Epidemiol Community Health** v. 68, n. 9, p. 856–862. 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014 -203981. Acesso em 04 de jun. de 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS DUMONT [online]. 2017. Disponível em: http://www.santosdumont.mg.gov.br/cidade. Acesso em 02 de abr. de 2017

THE GLOBAL BMI MORTALITY COLLABORATION. Body-mass index and all-cause mortality: individual participant- data meta-analysis of 239 prospective studies in four continentes. **The Lancet**, Inglaterra, v. 20; 388 (10046), p. 776–86, 2016. Disponível em: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30175-1/abstract. Acesso em 14 de jun. de 2017