



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde de Família



ANDRIO GRIGOLO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO ÀS ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A
INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE PACIENTES OBESOS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DARIO ANTUNES NO MUNICÍPIO URUARÁ-PARÁ**

BELÉM – PA

2019

ANDRIO GRIGOLO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO ÀS ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A
INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE PACIENTES OBESOS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DARIO ANTUNES NO MUNICÍPIO URUARÁ-PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Lagerson Mauad Freitas

BELÉM – PA

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDRIO GRIGOLO

PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO ÀS ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE PACIENTES OBESOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DARIO ANTUNES NO MUNICÍPIO URUARÁ-PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Orientador Lagerson Mauad Freitas

Profª Msc. Leidiana Lopes

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por dar-me a força, a coragem, a sabedoria para nunca desistir do propósito de minha existência, a meus pais por acreditarem em mim, vocês me deram a segurança e a certeza que nunca estaria sozinho na caminhada em busca da conquista de meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu professor coordenador do curso pelo apoio, por sua paciência, pelos ensinamentos ao longo das supervisões das minhas atividades.

A meus amigos e familiares que me ensinaram a não desistir apesar dos obstáculos.

Frase Motivadora

Não deixe que as pessoas te façam desistir daquilo que você mais quer na vida. Acredite. Lute. Conquiste. E acima de tudo, seja feliz.

Andrio Grigolo.

RESUMO

Sabe-se que a obesidade é uma doença crônica, complexa, epidêmica, vitalícia, dispendiosa, multifatorial, resultante do acúmulo do tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, envolvendo diversos fatores como: genéticos, ambientais, comportamentais, endócrinos, familiares, dietéticos, psicológicos e sociais. Este projeto de intervenção têm como **objetivos**: aumentar a percepção do risco dos usuários sobre obesidade, através das atividades educativas propostas, conhecer e analisar o perfil dos pacientes incluídos no estudo através das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, raça, nível de escolaridade, vícios, doença crônicas (HAS, DIAB, e outras...), hábitos alimentares, número de refeições por dia e prática de atividades físicas, incentivando mudanças nos fatores de riscos modificáveis relacionados a sobrepeso e obesidade; aumentar a percepção do risco dos usuários sobre obesidade, através das atividades educativas propostas; Fortalecer as atividades educativas pela ESF (linha de cuidado); aumentar o número de educadores físicos no município mediante a contratação de novos profissionais; fortalecer relações de vínculo entre equipe e profissionais do NASF. Na **metodologia** foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), primeiramente realizou-se o diagnóstico situacional de saúde na unidade, através dos profissionais da ESF e foram elencados uma lista de problemas na qual foi selecionado a temática obesidade. De acordo com o problema priorizado na unidade foi necessário um levantamento na literatura científica através dos descritores: obesidade; estratégia saúde da família e educação em saúde, nos bancos de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, Bireme para abordar o referencial teórico sobre o tema proposto e posteriormente elaborou-se o Projeto seguindo os passos do PES. Espera-se que este trabalho possa modificar fatores que aumentam a incidência e prevalência da obesidade e sobrepeso em nossa área de atuação através das estratégias planejadas.

Palavra-chave: Obesidade; Saúde da família e Educação em Saúde

ABSTRACT

It is known that obesity is a chronic, complex, epidemic, lifelong, expensive, multifactorial disease resulting from the accumulation of fatty tissue, regionalized or throughout the body, involving several factors such as genetic, environmental, behavioral, endocrine, dietary, psychological and social. The objective of this intervention project is to increase the perception of the risk of obesity users, through the proposed educational activities, to know and analyze the profile of the patients included in the study through the sociodemographic variables: age, sex, race, level of education, addictions, chronic diseases (SAH, DIAB, and others ...), eating habits, number of meals per day and practice of physical activities, encouraging changes in modifiable risk factors related to overweight and obesity; increase the perception of users' risk of obesity through the proposed educational activities; Strengthen educational activities by the ESF (care line); increase the number of physical educators in the municipality by hiring new professionals; strengthen relationships between team and NASF professionals. In the methodology, the Situational Strategic Planning (PES) was used. Firstly, a situational health diagnosis was performed in the unit through the FHS professionals, and a list of problems was selected in which the obesity theme was selected. According to the problem prioritized in the unit was necessary a survey in the scientific literature through the descriptors: obesity; family health strategy and health education, in the databases Scielo, Virtual Health Library, Bireme to approach the theoretical reference on the proposed theme and later the Project was elaborated following the steps of the PES. It is hoped that this work may modify factors that increase the incidence and prevalence of obesity and overweight in our area of action through the planned strategies.

Keywords: Obesity; Family Health and Health Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DMND	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESUS-AB	Estratégia no Sistema Único de Saúde na Atenção Básica
IMC	Índice de Massa Corporal
PA	Pressão Arterial
PNAE	Programa Nacional da Educação Escolar
PNPS	Programa Nacional da Promoção de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Apoio à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Doenças por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	26
2. OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3. METODOLOGIA	29
3.1 IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	29
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	29
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	31
3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	32
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	32
3.6 CRONOGRAMA DO PLANO DE AÇÃO.....	32
3.7 ORÇAMENTO.....	33
4. RESULTADOS ESPERADOS	35
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
6. REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

O município Uruará, estado Pará, pertence à mesorregião do Sudoeste Paraense, a qual fica a uma distância de 634 km de Belém. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado Pará, localiza-se na Microrregião Altamira. Localizado a uma latitude 03°43'03" sul e longitude 53°44'12" oeste, estando a uma altitude de 129 metros acima do nível do mar. Possui uma área territorial de 10.637 km². Ao Norte limita com os municípios de Prainha e Medicilândia. A leste: Município Medicilândia e Altamira. Ao Sul: Município Altamira. A oeste: Município Santarém e Placas. O município possui uma população no último censo de 2010 de 75.810.51 pessoas, (IBGE/2015). Tem sua economia no agronegócio e na extração de madeiras, em seguida destacam-se o cacau, urucum e a pimenta do reino e o comércio em geral. Existe também uma grande quantidade de gado de corte e de leite, totalizando no ano de 2006 um total 216.433 mil cabeças de bovinos. (IBGE/2015). Dispõe-se também de uma economia com base na agricultura, sendo o pilar principal a pecuária, além da indústria madeireira como citado acima, a qual, tem sofrido uma diminuição, ainda movimentada nos dias atuais parte da economia do município.

Relacionado à educação no ano 2017 foram realizadas 1.454.390 matrículas no ensino fundamental, 65.891 docentes (2015), 359.127 no ensino médio, 14.410 docentes, o número de estabelecimentos de ensino fundamental 9.621 escolas (IBGE,2017). A População da área adstrita tem acesso as atividades educativas e de lazer o município conta com campos para jogar futebol, academias ao ar livre e praças. São realizadas também festas tradicionais na cidade nos meses de junho e dezembro, além das atividades educativas e de lazer que são desenvolvidas pelos representantes da comunidade.

A localização espacial da comunidade é urbana, o bairro Morumbi onde concentrasse a comunidade está composto por um aglomerado de casas, com ruas pavimentadas, água encanada e esgoto. A comunidade conta com uma Unidade Básica de Saúde, uma escola, dois creches, nas quais os profissionais que nela trabalham, servem de apoio nas atividades educativas. Na comunidade também existe muitos comércios, número significativo de bares com a presença constante de jovens e adultos, resultando frequentemente em atos de violência (brigas e assaltos). O comércio local é constituído por pequenos pontos comerciais, como bares, vendas de alimentos e panificadoras.

Em relação ao saneamento básico, o município tem serviços de coleta de lixo através de transporte disponibilizado pela prefeitura. O destino final do mesmo é o aterro sanitário, mas muitos moradores descartam lixos residuais em locais inadequados, fato que pode trazer

consequências sérias e danosas à saúde pública e ao meio ambiente. Na comunidade existem dois terrenos baldios, no qual verificou-se a presença de entulhos, ocasionando a disseminação de animais peçonhentos e aumento de focos de dengue. O município tem acesso aos serviços de coleta e tratamento de esgoto e à água potável.

A rede de Atenção Básica do município está composta por 8 Unidades de Saúde da Família (UBS) e 8 ESF, conta além, com 1 equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família, 1 hospital, uma clínica privada, e 1 Samu. O município desenvolve vários programas como Hiperdia, Siscolo, Programa de saúde na escola, Programa Academia da Saúde, Programa Nacional de Triagem Neonatal, etc. Os gestores municipais com o auxílio dos profissionais de saúde desenvolvem, planejam, coordenam, e executam a política de saúde do município, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar. Além disso, planejam e executam constantemente ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Essas ações oferecem condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população, reduzindo diversos agravos e controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando assim, a vigilância em saúde. É possível notar avanços, em se tratando das implementações de novos núcleos em atenção primária à saúde. Entre as Subsecretarias de Saúde estão a Gerencia do NAPS (Núcleo de Atenção Primária à Saúde), Gerencia de Atenção Primária, Gerencia de Vigilância em Saúde e Conselho Municipal. No município são notificáveis todas as doenças que constam na lista de doenças notificáveis pelo Ministério da Saúde, mas, as doenças mais notificadas são Hanseníase, Leishmaniose Tegumentar Americana e Tuberculoses.

A UBS foi criada dia 21 de dezembro de 2007 com a finalidade de promover o acesso daquela população ao SUS municipal e incrementar as ações da atenção primária à saúde, a localização espacial da mesma é urbana, o que permite o fácil acesso da população à UBS, mas, temos dificuldade de acesso aos serviços especializados. Os pacientes devem aguardar uma longa fila de espera para o agendamento a consultas de nível secundário. Têm uma população de 5000 habitantes, desses 2800 são mulheres e 2200 são homens. A UBS possui uma sala de curativo, recepção, sala de vacina, 2 banheiros, farmácia e consultório médico, a sala de curativo possui material de sutura, curativos e medicação básica de uso endovenoso, na recepção existe arquivamento de prontuários, a sala de vacina é pequena, mas suficiente para manter o programa de vacinação, e o consultório médico conta com equipamentos básicos para realizar o atendimento.

O processo e gestão do trabalho é realizada de forma compartilhada, através do trabalho em equipe, mediante as reuniões que são realizadas semanais, onde são discutidas

propostas para organizar e desenvolver o trabalho, de forma tal, que impacte na qualidade da assistência e ao mesmo tempo, é considerada a possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais em saúde. Isso tem permitido a satisfação dos profissionais, que fazem parte da UBS, mas também da comunidade. Em relação à qualidade das relações interpessoais entre os profissionais e pacientes foram traçadas várias estratégias para cumprir os sete pilares que definem os atributos da qualidade em saúde, que são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Muitos destes atributos eram desconhecidos por uma parte da equipe. Por isso, foram realizadas palestras educativas que abordaram este tema. Os avanços foram satisfatórios, onde conseguimos conquistar a confiança da população, o que permitiu alcançar os objetivos propostos na UBS e na comunidade.

A equipe de saúde está composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários. Determinantes sociais da saúde são as condições econômicas e sociais que afetam a saúde. Virtualmente todas as doenças mais comuns são primariamente determinadas por uma série de fatores socioeconômicos que aumentam ou diminuem o risco de contrair tal doença, em particular, doença cardiovascular e diabetes tipo II, conhecendo esse conceito é possível identificar e focar nas atividades de promoção e prevenção, evitando assim a presença de agravos em saúde.

A equipe trabalha com muita responsabilidade, não somente individual, mas também coletivamente. Além disso, existe uma conscientização da equipe, em relação as responsabilidades pelo cuidado da população e responsabilidade sanitária. O trabalho da equipe é realizado considerando a dinamicidade existente no território, em que vive nossa população, observando os critérios de risco, as vulnerabilidades, a resiliência e o imperativo ético, de que se deve acolher a toda e qualquer demanda, que apresente necessidade de saúde ou sofrimento, para isso realizam-se muitas atividades de promoção e prevenção em saúde voltadas aos problemas mais comuns tendo em conta os determinantes de saúde mais frequentes na área de atuação.

A equipe de saúde Dario Antunes está composta por vários profissionais, e todos atuam num território definido, no qual, são realizados um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo relacionadas com a promoção, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, promovendo uma atenção integral. São realizadas várias ações no território e na comunidade, como as visitas domiciliares, ações intersetoriais e de controle social. Todos os serviços oferecidos à população pela equipe estão distribuídos numa carga horária de 40 horas

por semana, os 12 meses do ano. São realizadas semanalmente palestras educativas, onde são discutidos os agravos mais prevalentes na comunidade, para isso, contamos com o apoio de outros setores presentes na área de abrangência, como escolas, líderes comunitários, NASF (Núcleo Ampliado à Saúde da Família), etc. Esta iniciativa tem permitido conquistar a confiança da população e facilitado alcançar os objetivos propostos nas reuniões com a comunidade e equipe.

A Unidade de saúde Dario Antunes, como qualquer outra, constitui a principal porta de entrada para o usuário do Sistema Único de Saúde e as redes de atenção à saúde. O dia a dia da equipe é bem agitado, pois na maioria das vezes a Unidade está lotada e as vezes as filas para o atendimento são longas, por falta de profissionais em outras UBS. Mesmo assim, os trabalhos são orientados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O dia da unidade começa sempre com o acolhimento aos usuários. Posteriormente, eles são direcionados à pré-consulta, onde é realizada a triagem, levando em consideração o princípio da equidade. Após, os profissionais prestam os atendimentos até meio dia. A equipe, possui um intervalo de uma hora para o almoço e retornam as suas atividades às 13 horas. No horário da tarde são realizadas consultas que podem ser agendadas ou não. Além disso, são realizadas visitas domiciliares duas vezes na semana, que são feitas por qualquer membro da equipe, incluindo o NASF. Nossa unidade realiza atividades de promoção e prevenção em saúde, por meio de palestras educativas, oficinas, distribuição de cartazes, etc. Estas atividades têm permitido o fortalecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade, e proporcionado a efetivação de vários objetivos propostos. As palestras educativas são realizadas de forma permanente, três vezes na semana na UBS, uma semanal na comunidade e uma na escola. O dia e horário para cada uma das atividades propostas depende da agenda de trabalho confeccionada pela equipe, a qual é atualizada de forma semanal. A UBS estudada conta com grupos de pacientes com doenças crônicas, grupo de gestantes, grupo de idosos e grupo de adolescentes. Esses grupos têm programação específica. Geralmente os encontros são realizados uma vez por semana, com exceção do grupo de doenças crônicas, que se reúnem três vezes na semana, para realizar caminhadas coletivas e discussão de algum tema específico relacionado a sua doença de base.

A obesidade é considerada doença integrante do grupo de DCNT, as quais são de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto à sua própria denominação, seja como doenças não-infecciosas, doenças crônicas não transmissíveis, sendo esta última a

conceituação a mais utilizada (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A OMS define a obesidade como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões à saúde. Portanto, é categorizada, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, (WHO, 2000). No Brasil, diferentes documentos do governo seguem a definição da OMS e a concebem simultaneamente como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para (ENES, SLATER, 2010), a obesidade pode ser definida, de uma maneira simplificada, como o acúmulo excessivo de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, sendo consequência de balanço energético positivo, capaz de acarretar prejuízo à saúde dos indivíduos.

A obesidade pode ser definida, de forma resumida, como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso, no entanto, a obesidade é definida em termos de excesso de peso. O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. Este índice é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m^2 , (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Como citado acima, o IMC é o indicador mais utilizado para a avaliação da obesidade em adultos, e seu uso tem sido preconizado também para crianças e adolescentes. Assim, considera-se obesidade quando o IMC se encontra acima de 30kg/m^2 , e sobrepeso entre 25 e $29,9\text{kg/m}^2$, (FANDINHO et al., 2004). Essa classificação, no entanto, deixa a desejar, pois o IMC não é capaz de quantificar e localizar a gordura corporal e leva em consideração apenas o peso e não a composição corporal de cada indivíduo (NUNES et al., 2006).

A determinação da composição corporal pode ser feita por meio de diversos exames, sendo os mais precisos a densitometria de dupla captação, água duplamente marcada, pesagem hidrostática e bioimpedância elétrica. Para avaliar a localização de gordura corporal o indicador mais utilizado é a circunferência da cintura abdominal. Com este indicador é possível avaliar o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, para homens valores superiores a 102 cm e para mulheres acima de 88 cm, indicam alto risco, (NUNES et al., 2006).

A etiologia da obesidade não é de fácil identificação, uma vez que é caracterizada

como doença multifatorial de complexa interação entre fatores comportamentais, culturais, genéticos, fisiológicos e psicológicos (SILVA, 2009). O Consenso Latino-Americano em Obesidade (2001) enfatiza que a obesidade é ainda resultado de ingerir mais energia que necessária. Este consumo excessivo pode iniciar-se em fases muito remotas da vida, nas quais as influências culturais e os hábitos familiares possuem papel fundamental. Por isso, diz-se que a obesidade possui fatores de caráter múltiplos, tais como os genéticos, psicossociais, cultural-nutricionais, metabólicos e endócrinos, assim como familiares. Sua crescente prevalência vem sendo atribuída a diversos processos biopsicossociais, em que o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções, (SWINBURN, EGGER, RAZA, 1999).

A determinação do sobrepeso e obesidade consiste no conjunto de fatores relacionados ao modo de vida contemporânea, no qual há uma interposição de fatores de ordem individual (biológicos e comportamentais), fatores relacionados ao modo de comer e viver na atualidade e organização dos sistemas alimentares. O modo de vida das sociedades modernas envolve o consumo cada vez maior de alimentos ultra processados, energeticamente densos e ricos em açúcares, gorduras e sal em detrimento de alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais, castanhas e nozes, associado a uma redução no nível de atividade física tanto no período de trabalho quanto no lazer, (BRASIL, 2016).

Segundo (OLIVEIRA, FISBERG, 2003), vários fatores são importantes na gênese da obesidade, como os genéticos, os fisiológicos e os metabólicos, mas os que poderiam explicar este crescente aumento do número de indivíduos obesos parecem estar mais relacionados às mudanças no estilo de vida e os hábitos alimentares. O aumento do consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gordura, com alta densidade energética, e a diminuição de prática de exercícios físicos, são os principais fatores relacionados ao meio ambiente.

A herança genética na determinação da obesidade parece ser de natureza poligênica, ou seja, as características fenotípicas do indivíduo obeso são resultantes da interação de vários genes. Nesse sentido, estudos realizados em gêmeos, crianças adotadas e seus pais, mostram clara influência genética no IMC, na distribuição anatômica da gordura, no gasto energético e na suscetibilidade ao ganho de peso. Porém, o aumento crescente do número de obesos, no mundo, indica a poderosa participação do ambiente no programa genético, devido a mudanças de estilo de vida e de hábitos alimentares, com aumento do sedentarismo e, maior consumo de alimentos de alta densidade energética (SBP et al., 2008).

Quanto aos fatores condicionantes da obesidade, nos documentos, destacam-se a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes, (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2012).

Sabe-se ainda que a etiologia da obesidade é multifatorial, estando envolvidos em sua gênese tanto aspectos ambientais como genéticos. De acordo com (CARVALHO, 2000), a obesidade tornou-se tão comum que acabou por transformar-se no mais grave problema de saúde pública do mundo, superando até mesmo a desnutrição e as doenças infecciosas. O estilo de vida sedentário e as dietas baseadas em alto índice de gordura e elevada densidade energética são apontadas como as principais causas do aumento da obesidade; sobretudo se o obeso apresenta alguma predisposição genética ou tendência para engordar rapidamente quando exposto a fatores ambientais desfavoráveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade como uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar e de atividade física. Atualmente, 65% da população mundial vivem em países no qual o excesso de peso acomete mais indivíduos do que o baixo peso, (WHO, 2000).

A obesidade ganhou destaque na agenda pública internacional nas três últimas décadas, caracterizando-se como um evento de proporções globais e de prevalência crescente. Os dados mais recentes da Vigitel revelam que, no conjunto dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, a frequência de excesso de peso foi de 50,8% na população, sendo maior entre homens (54,7%) do que entre mulheres (47,4%). Já em relação a obesidade, 17,5% dos indivíduos encontravam-se nessa situação, não diferindo entre os sexos. Pela primeira vez, os dados de excesso de peso e obesidade mantiveram-se estáveis no país, interrompendo o aumento de aproximadamente 1,3% ao ano desde 2006, quando 42,6% dos indivíduos apresentavam excesso de peso e 11,8% obesidade. (BRASIL, 2014).

No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor rendimento familiar, (IBGE/2010). As prevalências de sobrepeso e de obesidade são crescentes em países de baixa e média renda, especialmente em ambientes urbanos. Mais de 30 milhões de crianças com excesso de peso vivem em países em desenvolvimento e 10 milhões nos países desenvolvidos (WHO, 2014). Em adultos, o excesso de peso e a obesidade atingiram 56,9% e 20,8% da população em 2013, respectivamente (IBGE/2015).

Contudo, parte dos desafios reside em compreender como esses múltiplos fatores

interagem. No Brasil, a obesidade torna-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional. Desde a década de 1990, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999), do Ministério da Saúde, definiu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, sendo revisada em 2012, abordando a temática de forma mais contundente, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram que sobrepeso e a obesidade já atingem 30% ou mais das crianças e adolescentes de 6 a 18 anos (OLIVEIRA, FISBERG, 2003). Mas sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas em todo o mundo, principalmente em países desenvolvidos, acometendo países em desenvolvimento, como o Brasil. Dentre as regiões do país, a Sul apresenta as maiores prevalências de obesidade, sendo semelhantes e até superiores a países desenvolvidos (TERRES et al., 2006). De acordo com o Consenso Latino-Americano em Obesidade (2001), a obesidade tomou proporções epidêmicas e, ao contrário do que se poderia pensar, o crescimento epidêmico é predominante nas classes menos favorecidas, já que a obesidade se sobrepõe como um problema mais frequente e ainda mais grave que a desnutrição. É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, informa o relatório, que estima que 200 mil pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina. Para Silva et al. (2005), há relatos, na América Latina, de que a obesidade na adolescência tende a ser mais prevalente nas áreas urbanas e em família com nível socioeconômico e escolaridade materna mais elevados. O nível socioeconômico interfere na disponibilidade de alimento e no acesso à informação, bem como pode estar associada a determinados padrões de atividade física, constituindo-se, portanto, em importante determinante da prevalência da obesidade, (SILVA et al.2005).

Além disso, destaca-se com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as etnias e idades, reduzindo a qualidade de vida e apresentando elevadas taxas de morbidade e mortalidade (WHO, 2006).

O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. Observou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado. Da mesma forma que o excesso de massa corporal traz risco, o padrão de distribuição da gordura tem implicações diferenciadas à saúde. Indivíduos com circunferência abdominal aumentada apresentam aumento de tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos, em

especial à hipertensão arterial, independentemente do IMC, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Atualmente, sabe-se que é a localização abdominal de gordura (obesidade central) que se mostra mais associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Medidas regionais de obesidade, como a circunferência da cintura, são capazes de fornecer estimativas de gordura centralizada que, por sua vez, está relacionada à quantidade de tecido adiposo visceral, (MARIATH et al., 2007).

Dados indicam que, em 2007, 72% das mortes ocorridas no país foram atribuídas as DCNT (SCHMIDT et al., 2011). Essas características epidemiológicas são observadas em todos os países de alta renda e na maioria de renda média, como Brasil e México, sendo que, no mundo, 44% da carga de diabetes, 23% da carga de doença isquêmica do coração e entre 7% a 41% de determinados tipos de câncer são atribuídos ao sobrepeso e a obesidade (WHO, 2014).

Dentre as comorbidades associadas à obesidade está a dislipidemia, pois, segundo (FONSECA et al. 2002), a resistência à insulina predispõe, também, à hipertrigliceridemia, por causa do aumento da síntese hepática de VLDL. Não há relação causal conhecida entre obesidade e hipercolesterolemia, e as alterações do colesterol são menos evidentes, sendo relativamente comum a observação de obesos mórbidos com colesterol total normal. As alterações mais comumente observadas são diminuição do HDL-colesterol e o aumento da proporção de partículas LDL pequenas e densas. A dislipidemia contribui para aumentar o risco cardiovascular nos obesos. Quanto às doenças reumáticas, um dos principais fatores de risco para esta doença é a obesidade. A osteoartrite é uma doença crônica, caracterizada por degeneração da cartilagem articular, dor e rigidez à movimentação. O IMC representa apenas uma alteração no equilíbrio energético do indivíduo, não permitindo análises de alterações metabólicas ou composições de massa gorda ou magra. É possível que estes fatores não englobados pelo IMC tenham maior repercussão na capacidade funcional de indivíduos obesos (VASCONCELOS; DIAS e DIAS, 2006).

Para Fonseca et al (2002), a hiperuricemia é muito frequente em obesos e se deve ao somatório do aumento na produção e redução do clareamento renal do urato. Ela é uma das responsáveis pela alta incidência de gota e de cálculos renais nesses pacientes, os mesmos autores descrevem que cerca de 85% dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo não-insulino-dependente (DMNID) são obesos. O risco de ter DMNID é duplicado entre obesos classificados como grau I, cinco vezes maior no obeso grau II e cerca de 10 vezes maior para

os obesos de grau III. A obesidade induz um estado de resistência à insulina, que é a principal alteração bioquímica associada com o desenvolvimento de diabetes tipo II, nesses pacientes, (FONSECA et al. 2002)

Dentre outros problemas de saúde relacionado à obesidade destaca-se o envelhecimento, com aumento progressivo da massa gorda com o passar dos anos e a redução progressiva da massa livre de gordura. Estudos com homens e mulheres mostraram declínio de massa muscular a uma taxa de, aproximadamente, 1,2 kg/década em homens de idades mais avançadas e em mulheres a massa livre de gordura foi significativamente mais baixa após os 60 anos de idade. Outro importante fator é a paridade, pois as mulheres retêm peso após a gestação, sendo que a obesidade está positivamente associada com o número de filhos, (BRASIL, 2016).

O aumento da obesidade tem acarretado precocemente a diabetes tipo II em crianças e adolescentes, sendo um dos grandes desafios na área da saúde no terceiro milênio, além de fatores psicológicos pela grande quantidade de gordura ingerida na infância, como depressão e autoestima negativa, que as crianças obesas podem apresentar (HALPERN, 2000).

A apnéia do sono é comum em indivíduos com obesidade e tem sido apontada como um fator de risco independente para doenças cardíacas. A obesidade é fator de aumento no risco de refluxo esôfago faríngeo e de hérnia de hiato, muito embora quadros de esofagite severa causem disfagia, levando à perda de peso, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para Cardoso et al (2010), o DM2, classicamente de ocorrência na vida adulta, tem se manifestado cada vez mais precocemente. Até 1995 correspondia a menos de 5% dos casos de Diabetes Mellitus (DM) abaixo de 20 anos de idade; atualmente ocorre em até 20% dessa etária e, segundo alguns autores, com prevalência aumentada em hispânicos, indígenas, afroamericanos, e descendentes de asiáticos. A disposição de gordura abdominal, assim como em adultos, reflete um aumento da gordura visceral que está relacionado com a resistência insulínica, aumenta também, o risco de outras alterações metabólicas. A obesidade ainda pode causar doença arterial coronariana, com a consequência de inúmeros fatores como: aumento da pressão sanguínea, aumento do colesterol plasmático, diminuição do colesterol HDL, diminuição da atividade física e aumento dos triglicerídeos, sendo assim fator de risco para o desenvolvimento de coronariopatia e acidente vascular cerebral (ABESO, 2006).

A hipertensão arterial é três vezes mais frequente em obesos do que em não-obesos, e o risco eleva-se com o aumento do peso. Não se conhece exatamente os mecanismos responsáveis pela elevação da pressão arterial (PA) na obesidade, entretanto, considera-se que os principais são: aumento do volume sanguíneo circulante, vasoconstrição, diminuição do

relaxamento vascular e aumento do débito cardíaco. Parece haver, também, alguma contribuição da hiperinsulinemia, que causa aumento da reabsorção renal de sódio e aumento do volume circulante (FONSECA et al., 2002).

A epidemia global da obesidade é um reflexo dos problemas sociais, econômicos e culturais atualmente enfrentados por países em desenvolvimento ou recentemente industrializados, assim como pelas minorias étnicas em situações desvantajosas nos países desenvolvidos. A obesidade é uma doença complexa com consequências sociais e psicológicas graves, que afeta todas as idades e grupos sociais (COSTA et al., 2009). Para o mesmo autor, o excesso de peso e a obesidade podem ser considerados um dos mais sérios problemas enfrentados pelos países nos últimos tempos. A obesidade atualmente pode ser considerada como um problema de saúde pública que vem crescendo consideravelmente. O acesso rápido e fácil a alimentos “não saudáveis” e a pouca prática de atividades físicas devido à modernização, estão levando as pessoas a habituarem-se a um estilo de vida sedentário.

Obesidade e sobrepeso em adultos trazem como consequências doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite, alguns cânceres (colorretal, renal, esofágico endometrial, mamário, ovariano e prostático), dificuldades respiratórias como hipoventilação crônica (síndrome de Pickwick) e apneia do sono, infertilidade masculina, colelitíase, esteatose, refluxo gastroesofágico, transtornos psicossociais e hipertensão arterial sistêmica. Obesidade em crianças associa-se a maior chance de obesidade, morte prematura e incapacidade funcional na fase adulta. Além desses riscos futuros, crianças obesas têm dificuldades respiratórias, maior risco de fraturas, efeitos psicológicos e precoces indicadores de doença cardiovascular e resistência à insulina, (WHO, 2015).

Entendendo a obesidade como um problema de saúde multifatorial, bem como sua necessidade de cuidados integrados e articulados, diversas normativas do Ministério da Saúde reafirmam a necessidade da organização dos serviços de saúde de maneira que responda as demandas das condições crônicas, envolvendo não apenas ações de reabilitação de um agravo de saúde já instalado, mas principalmente ações de promoção da saúde. Nesse contexto, destaca-se a Atenção Básica por estar próxima a comunidade, possuindo, assim, maior poder de compreensão da dinâmica social, sendo o elo de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. As experiências desenvolvidas na Atenção Básica envolveram equipes multiprofissionais para a oferta do cuidado integral visando a prevenção e ao controle da obesidade. Ao mesmo tempo, as atividades de promoção da saúde foram predominantes. É importante destacar que o entendimento das equipes de atenção básica sobre o manejo da

obesidade não está centrado em um único conhecimento/saber, sendo fundamental para a oferta do cuidado qualificado e para a realização de ações intersetoriais, a articulação com outros equipamentos sociais e de saúde para que possam integrar o tratamento proposto, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Constatou-se que apesar da incorporação de Políticas Públicas e da ampla divulgação do crescente aumento do número de obesos no país, pouco se tem feito na Atenção Primária em Saúde, em especial, nas equipes de Estratégia Saúde da Família para promoção de ações em relação à obesidade. Destaca-se como rotina dos profissionais da saúde apenas orientarmos usuários quanto à importância das mudanças do estilo de vida como alimentação, sedentarismo e tabagismo (ALMEIDA, 2012). A falta de mobilização e engajamento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, e principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) demonstrou ser o maior fator dificultador para efetivação das ações de prevenção, pois esses são os que mais possuem contato com o usuário e a família, (ALMEIDA, 2012). No entanto, é importante destacar a existência de experiências exitosas em práticas realizadas por algumas equipes da Estratégia Saúde da Família, dentre elas: as caminhadas coletivas, exercícios físicos no espaço físico da unidade ou na academia ao ar livre, além dos grupos de educação em saúde voltados para alimentação saudável (ALMEIDA, 2012).

No que diz respeito à prevenção e acompanhamento do sobrepeso/obesidade, a possibilidade de apoio interdisciplinar pode representar um avanço, pois as equipes teriam suporte de profissionais especialistas (saúde mental, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros), além da possibilidade de acesso por parte do usuário às atividades físicas e práticas corporais, essenciais para a promoção do peso saudável e prevenção da obesidade. O sistema de saúde precisa ser organizado para o acompanhamento das condições crônicas e ao mesmo tempo para as condições agudas. Este enfoque prevê uma transformação no objeto de trabalho dos profissionais de saúde, pois seriam organizados com o propósito de acompanhar o ciclo evolutivo dos eventos crônicos. Destaca-se que a lógica das doenças crônicas, cujo ciclo é superior a três semanas, é diferenciada daquela utilizada nas condições agudas. Considerando que, na maioria dos casos, as condições crônicas são assintomáticas e que as pessoas só procuram o sistema de saúde no momento em que percebem alguma alteração em sua saúde, torna-se necessário antecipar esta lógica tendo uma atitude de vigilância em saúde, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Atenção Básica constitui local privilegiado para a realização de ações de promoção da saúde para indivíduos, famílias e comunidades, que privilegiam a autonomia dos

sujeitos. Nesse sentido, suas ações devem objetivar superar o modelo de saúde reducionista e curativista ainda vigente, buscando compreender o processo saúde-doença vivenciado pela população, para, efetivamente, resolver os problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos). O trabalho articulado em rede, com a participação de todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde - usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores, exige que o planejamento das ações esteja mais vinculado as necessidades de saúde percebidas e vivenciadas pela população dos diferentes territórios e, permita a atuação mais efetiva nos processos de intervenção dos determinantes e condicionantes da saúde no território, envolvendo modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

Para desenvolver as ações que seguem, os profissionais da equipe podem utilizar alguns materiais educativos e de apoio, produzidos pelo Ministério da Saúde, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos, o Guia de Alimentos Regionais Brasileiros, entre outros. Dentre as ações que podem ser desenvolvidas encontrassem: Articular atores sociais locais (escolas, produtores agrícolas, comércio), com vistas à integração de ações para promoção da Segurança Alimentar e Nutricional; Coletar e analisar as informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional; Participar no desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; Conhecer e estimular a produção e consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente; Promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas comunitárias; Elaborar e divulgar material educativo e informativo sobre Alimentação e Nutrição com ênfase nas práticas alimentares saudáveis; Promover ações de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito domiciliar, práticas seguras de manipulação, preparo e acondicionamento de alimentos; Promover a orientação para o uso da rotulagem nutricional (composição e valor calórico) como instrumento de seleção de alimentos; Realizar orientações nutricionais às diferentes fases do curso de vida, com atenção prioritária a hipertensos, diabéticos, nutrízes, crianças, idosos, acamados, entre outros; Elaborar rotinas de atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica; Participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção aos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada no ano de 2006 e atualizada pela Portaria no 2.446, de 11 de novembro de 2014, no âmbito de cada esfera de gestão, tem como objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver,

e, entre os temas prioritários da PNPS está a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, que propõe a promoção de ações relativas a alimentação adequada e saudável, visando a promoção da saúde e a segurança, alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano a alimentação adequada e saudável. Dentre as principais ações que inclui esta política relacionada à obesidade que podem ser realizadas pelos estados e municípios encontrassem: Elaborar materiais e outros subprodutos dos Guias Alimentares, como por exemplo: cursos de autoaprendizagem, para informar, comunicar e orientar a população quanto às escolhas alimentares saudáveis, com a previsão de estratégias de formação dos profissionais que deverão utilizar os Guias; Realizar ações de Educação Alimentar e Nutricional pactuadas nos Planos Municipais ou Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Desenvolver materiais educativos e de comunicação para promoção da alimentação adequada e saudável, por meio de diferentes mídias, tais como: vídeos, cartilhas, spots; Desenvolver estratégias de comunicação sobre os riscos associados ao consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal; Orientar diretrizes para a adoção de cardápios saudáveis em comemorações promovidas por instituições públicas, incorporando frutas, hortaliças, oleaginosas, leguminosas, raízes e tubérculos, pescados e grãos integrais (alimentos minimamente processados) e reduzindo a oferta de frituras, refrigerantes e produtos ultra processados, além de realizar ações de educação alimentar e nutricional voltadas aos indivíduos; Organizar e fomentar processos de educação permanente com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física para profissionais de saúde da rede de atenção à saúde, em especial da atenção básica, de educação, em especial aqueles envolvidos com a alimentação escolar, da assistência, do setor de abastecimento e agricultura; Realizar ações de educação alimentar e nutricional no Dia Mundial da Alimentação; Estimular a inclusão do tema de Segurança Alimentar e Nutricional, com foco em alimentação saudável, no Plano Político Pedagógico das escolas; Realizar ações de Educação Alimentar e Nutricional em instituições filantrópicas e equipamentos públicos; Nas Escolas: Realizar educação permanente para agentes do Programa Nacional de Educação Escolar (PNAE), com foco no cumprimento da normativa do programa, especialmente às ações educativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Com o intuito de promover o desenvolvimento e a implementação das políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas, para prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, e, assim, fortalecer os serviços de saúde voltados para atenção aos indivíduos com doenças crônicas, o Ministério da Saúde elaborou em resposta aos desafios de enfrentamento

das DCNT o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil 2011-2022”. Entre as ações de prevenção e de promoção destacam-se o Programa Saúde na Escola e o Programa Academia da Saúde. Tendo em vista a importância da escola como espaço propício a formação de hábitos alimentares saudáveis e a construção da cidadania, o Programa Saúde na Escola (PSE), Portaria Interministerial no 1.413, de 10 de julho de 2013, propõe as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no ambiente escolar. Dessa forma, tanto políticas públicas quanto programas e projetos governamentais que envolvam a alimentação e a saúde escolar são estratégicos para o enfrentamento. O Programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

Nossa equipe de saúde costuma trabalhar em atividades educativas com toda a população em geral, em busca de uma melhor qualidade de vida para as pessoas, mas mesmo assim identificamos que deveríamos fortalecer nossas atividades educativas para o enfrentamento da obesidade, a qual constitui uma problemática importante na nossa área de atuação, fato que está relacionado também a hábitos alimentares inadequados e falta de percepção do risco da população envolvida.

O elevado índice de pacientes obesos na nossa área foi motivo de preocupação para nossa equipe, não apenas pelo aspecto da aparência, e sim pelas consequências devastadoras que pode ocasionar se o problema não for enfrentado. A obesidade está relacionada com a aparição de várias doenças dentre elas: as cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensão arterial, colesterol, além de doenças ortopédicas relacionadas ao excesso de peso, etc.

O alto índice de pacientes obesos na comunidade demonstra que nossa equipe precisa fortalecer ainda mais as atividades de promoção e prevenção de saúde. Identificou-se que a prevenção é a melhor forma de diminuir essa incidência e nós devemos enfrentar esse fato com ações possíveis trabalhando mais em nossas ações educativas e preventivas, atuando nos fatores de risco sobre tudo nos modificáveis, para assim tentar diminuir a incidência de pacientes obesos na nossa área de atuação.

Justifica-se a escolha pela temática, devido a demanda apresentada advinda do território onde atuo e através dos atendimentos realizados na ESF. Tenho o interesse de saber como os profissionais que trabalham na atenção básica podemos contribuir para a prevenção da obesidade e conseqüentemente para a promoção da saúde e a melhora da qualidade de vida dessa população adstrita.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar um projeto de intervenção buscando as estratégias para diminuir a incidência de pacientes obesos na unidade básica de saúde Dario Antunes no município de Uruará-PA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer e analisar o perfil dos pacientes incluídos no estudo através das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, raça, nível de escolaridade, vícios, doença crônicas (HAS, DIAB, e outras...), hábitos alimentares;

Sensibilizar à população sobre como enfrentar a obesidade na busca de obter uma melhor qualidade de vida.

Realizar palestras educativas referente a obesidade e suas complicações

Buscar parceria junto aos NASFs para o matriciamento referente ao apoio do nutricionista e o educador físico para acompanhamento mensal do público alvo.

3. METODOLOGIA

3.1 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O estudo respeitará as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mesmo sendo de intervenção, os preceitos éticos estabelecidos no que se refere a zelar pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações. Trata-se de um trabalho de intervenção com seres humanos que reúne os princípios da ética médica não sendo necessário aprovação do comitê de ética.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O tipo de pesquisa está votado a pesquisa ação onde o método a ser utilizado para a realização deste projeto foi o Planejamento Estratégico Situacional. Neste método o primeiro passo é a definição dos problemas, sendo assim definiu-se os problemas mais comuns que enfrentamos na UBS que foram:

1. Altos índices de pacientes com sobrepeso e obesidade.
2. A equipe não desenvolve ações conjuntas com a comunidade que não participa ativamente nas decisões de saúde da área adstrita.
3. Dificuldades para realizar atividades de promoção e prevenção em saúde na comunidade por falta de motivação por parte dos usuários
4. Inadequada recolecção de residuais sólidos e líquidos propiciando grande índice de vetores como roedores, baratas, mosquitos em algumas áreas da comunidade.
5. Alto número de doenças parasitárias por inadequado tratamento da água de consumo presença de outros determinantes que influenciam na aparição deste agravo.
6. Exame de rastreamento para câncer de colo uterino (Papanicolau) alterados e dificuldades no acompanhamento destas pacientes em serviço especializado.

Em seguida houve a priorização do problema que foi: altos índices de pacientes com sobrepeso e obesidade. Identificou-se os “nós críticos” do problema priorizado que foram: falta de percepção do risco dos usuários com respeito a obesidade; trabalho insuficiente por parte da equipe de saúde da família em quanto a atividades de promoção e prevenção da obesidade na área de abrangência; falta de profissionais especializados (Educador físico); deficiente apoio pela equipe do NASF na realização de atividades propostas na busca de incentivar à população na escolha de hábitos de vida saudáveis.

Será realizado um estudo de intervenção buscando diminuir a incidência e prevalência de pacientes obesos na UBS Dario Antunes no município de Uruará no período de Julho a Dezembro de 2019, através da realização de consultas médicas, individuais ou em grupo, bem como, atividades educativas. Propõe-se que essas atividades sejam cíclicas, a fim de diminuir a incidência e prevalência de pacientes com sobrepeso e obesos na área de atuação.

Referente ao “nó crítico 1”:

- falta de percepção do risco dos usuários com respeito a obesidade. Tendo como operações: realizar palestras educativas para aumentar a percepção do risco dos usuários sobre obesidade.
- Recursos necessários, humanos: profissional capacitado para realizar as palestras; cognitivo: informação sobre o tema proposto; financeiro: recursos para a impressão dos folders de divulgação; político: mobilização dos profissionais para participar dos cursos e palestras; organizativo: estabelecer data e local para realização das atividades.
- Ações estratégicas: divulgar as informações através da emissora local do município; palestras educativas, oficinas, direcionados à população de estudo sobre sobrepeso/obesidade e consequência de seu efeito para a saúde; discussão e debate sobre a importância de manter o peso numa faixa saudável; responsáveis pelo acompanhamento das ações: médico e enfermeiro da UBS.
- Demanda das operações: Colaboração do paciente.
- Resultados esperados: Conscientização dos usuários sobre a importância de realizar as mudanças necessárias para obter o peso ideal.
- Processo de monitoramento e avaliação das ações: A avaliação pelos usuários através de entrevistas e pelas consultas médicas e da enfermagem.

No “nó crítico 2”:

- trabalho insuficiente por parte da ESF em quanto atividades de promoção e prevenção da obesidade na área de abrangência. Tendo como operações: fortalecer as atividades educativas relacionado a obesidade pela ESF, (linha de cuidado para a obesidade).
- Recursos necessários - humanos: profissional capacitado para realizar todas as atividades educativas planejadas; cognitivo: implantar protocolo na linha de cuidado e fortalecer a referência e contra referência; financeiro: recursos para a impressão dos folders de divulgação; organizacional: estabelecer data e horário disponíveis para as atividades educativas.
- Ações estratégicas: divulgar as informações através da emissora local do município; palestras educativas, oficinas, direcionados à população de estudo sobre sobrepeso/obesidade e consequência de seu efeito para a saúde; discussão e debate sobre a importância de manter o peso numa faixa saudável.
- Responsáveis pelo acompanhamento das ações: equipe de saúde.
- Demanda das operações: responsabilidades dos profissionais da equipe.
- Resultados esperados: fortalecimento do trabalho em equipe dos profissionais da UBS

para realizar todas as atividades educativas propostas. Processo de monitoramento e avaliação das ações: análises semanal do cumprimento das ações planejadas na agenda de trabalho da UBS.

Para o “nó crítico 3: falta de profissionais especializados (educador físico). Operações: aumentar o número de educadores físicos no município. Recursos necessários - cognitivo: repasse de informações para a equipe; financeiro: recursos financeiros para contratar novos profissionais; político: atitude dos gestores para investir em recursos comunitários. Ações estratégicas: discussão e debate com gestores municipais sobre a importância de contratar educadores físico no município. Responsáveis pelo acompanhamento das ações: secretário municipal de saúde e prefeito municipal. Demanda das operações: atitudes dos gestores. Resultados esperados: aumentar o número de educadores físicos do município, assim esperasse o fortalecimento das atividades de promoção e prevenção em saúde referentes a sobrepeso/obesidade. Processo de monitoramento e avaliação das ações: mediante entrevista direcionadas a profissionais que trabalham na UBS.

No “nó crítico 4”): deficiente apoio pela equipe do NASF na realização de atividades propostas na busca de incentivar à população na escolha de hábitos de vida saudáveis. Operação: fortalecer relações de vínculo entre a equipe e profissionais do NASF. Recursos necessários - cognitivo: atitude dos profissionais envolvidos; humanos: ESF e NASF. Ações estratégicas: discussão e debate com os profissionais do NASF e UBS sobre a importância do trabalho em equipe; atividades estratégicas educativas relacionadas a sobrepeso/obesidade envolvendo profissionais do NASF e UBS. Responsáveis pelo acompanhamento das ações: coordenação municipal de saúde. Demanda das operações: atitude dos profissionais envolvidos. Resultados esperados: fortalecimento das relações de vínculo entre a equipe e profissionais do NASF e as mudanças de atitude dos profissionais. Processo de monitoramento e avaliação das ações: mediante entrevista direcionadas a profissionais tanto do NASF como UBS.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Serão os pacientes adultos avaliados no período de Setembro a Outubro de 2019, com IMC maior a 30 com prévia autorização para participar do projeto, em total 80, deles 55 mulheres e 25 homens. A amostra selecionada habita na zona urbana de nosso município. A população será somente a qual pertence a ESF.

3.7 ORÇAMENTO

ITENS	QUANTIDADE	VALOR TOTAL R\$
RECURSOS HUMANOS		
Médico	01	-
Enfermeiro	01	-
Técnico de enfermagem	02	-
Agentes comunitários	05	-
Recepcionista	01	-
Auxiliar de farmácia	01	-
Auxiliar de serviços gerais	01	-
Departamento de Atenção Básica (pessoas) na secretária de saúde	04	-
RECURSOS MATERIAIS		
MATERIAL DE CONSUMO		
Resma de papel A4	02	40,00
Caixa de caneta do tipo piloto 12 uds	02	24,00
Caixa de caneta estereográfica de 50 uds	02	45,50
Cartucho HP 60 Preto	02	35,00
Cartucho HP 60 a color	02	35,00
Fichas de acompanhamento domiciliar	80	15,00
MATERIAL PERMANENTE		
Computador	01	-
Impressora HP	01	-
Mesa da UBSF	04	-
Cadeira da UBSF	12	-
Equipamento de som	01	-
RECURSOS FÍSICOS		
Sala de reunião da unidade	01	-
Espaços de saúde	01	-
Palestras nas comunidades	Semanal e permanente	-
Grupos sociais	08	-
RECURSOS DE COMUNICAÇÃO E TRANSMISSÃO		
Materiais educacionais	80	60,00
Panfletos	80	60,00
Folhetos	80	60,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS		
Combustível (gasolina)	60 L	90,00

Obs: Todos os recursos serão financiados e disponibilizados pela secretária municipal de saúde.

Orçamento aproximado necessário: 464 reais.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Dentro dos resultados espero obter com a realização deste projeto serão:

- Diminuir a incidência de pacientes obesos na unidade básica de saúde Dario Antunes no município de Uruará-PA.
- Conhecer e analisar o perfil dos pacientes incluídos no estudo através das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, raça, nível de escolaridade, vícios, doença crônicas (HAS, DIAB, e outras...), hábitos alimentares, número de refeições por dia e prática de atividades físicas, incentivando mudanças nos fatores de riscos modificáveis relacionados a sobrepeso e obesidade.
- Aumentar a percepção do risco dos usuários sobre obesidade, implementando novas mudanças no estilo de vida, através das atividades educativas propostas.
- Fortalecer as atividades educativas pela ESF (linha de cuidado).
- Aumentar o número de educadores físicos no município mediante a contratação de novos profissionais
- Fortalecer relações de vínculo entre equipe e profissionais do NASF.

Dessa maneira espera-se reduzir a incidência e prevalência da obesidade na comunidade, incentivando à população a fazerem escolhas de vida saudáveis mediante mudanças de hábitos alimentares, prática de atividades físicas, etc., além, desenvolver a reflexão e a consciência crítica dos pacientes sobre as causas de seus problemas de saúde enfatizando o desencadeamento de um processo de trabalho baseado no diálogo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho de intervenção espera-se conseguir os objetivos propostos, pois requer poucos recursos para seu desenvolvimento, a exceção da contratação de novos educadores físicos que vai depender da atitude dos gestores para investir em benefícios para a comunidade, esta proposta visa o fortalecimento das atividades educativas de promoção e prevenção em saúde, o tema impõe a necessidade de incluir este problema como prioridade de saúde pública na comunidade, mais ainda, impõe a recomendação de expandir estudos e intervenções semelhantes para outras comunidades que se espalham no território nacional.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luana Mirelle et al. **Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade**. Brasília: Rev. Gestão & Saúde; Vol. 08, n. 01, 2017. 114-139 p.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no sus: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1.ed. v.10, 2016. 116 p.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos da atenção Básica, n. 12), 2006. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014.

CARDOSO, Claudia et al. **Obesidade na adolescência: reflexões e abordagem**. Rio de Janeiro: Adolescência & Saúde; v. 7, n. 1, 2010. 12-18 p.

COSTA, Ana Cristina et al. **Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica**. [S.l.]: Acta Paul Enferm; 22(1), 2009. 55-9 p.

ENES, Carla Cristina; SLATER, Betzabeth. **Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes**. [S.l.]: Rev Bras Epidemiol; 13(1), 2010. 163-71 p.

FONSECA, J. et al., **Obesidade e outros distúrbios alimentares**; Rio de Janeiro: MEDSI, v.2, 2002.

FANDINHO, J et al., **Cirurgia Bariátrica: Aspectos Clínicos-Cirúrgicos e Psiquiátricos**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. v. 26 nº 1. 2004.

HALPERN, A; **Conhecer e enfrentar a obesidade**, São Paulo: Contexto, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICAS (IBGE), 2015.Disponível em: < <https://pt.wikipedia.org/wiki/Uruar%C3%A1#Geografia> >Acesso em Abr,2019)>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICAS (IBGE),,2017.Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/uruara/panorama>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICAS (IBGE), **Pesquisa de Orçamentos Familiares: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil**; Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICAS (IBGE), **Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões**; Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.

MARIATH, Aline et al. **Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 4, 2007. 897-905 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição;** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

NUNES, A.M et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade** 2ª edição. Porto Alegre. Artmed. 2006.

OLIVEIRA, Cecilia; FISBERG, Mauro. **Obesidade na Infância e Adolescência – uma verdadeira epidemia.** [S.l.]: Arq Bras Endocrinol Metab v.47, n.2, 2003. 107-108 p.

PINHEIRO, Anelise; FREITAS, Sergio Fernando; CORSO, Arlete Catarina. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade.** Campinas-SP: Rev. Nutr. 17(4), 2004. 523-533 p.

SILVA, Edson. **Influência da prática atividade física para adolescente com obesidade.** [S.l.]: Revista Digital - Buenos Aires, 2009. Disponível em:< <http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em:15/10/2018.

SILVA, Giselia; BALABAN, Geni; MOTTA, Maria Eugênia. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas.** Recife-PE: Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 5 (1), 2005. 53-59 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDRIATRIA. DEPARTAMENTO DE NUTROLOGIA. **Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2008. 116 p.

SWINBURN B, EGGER G, RAZA F, **Dissecting obe - sogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity;** [S.l.]: Prev Med ,1999, 29:563-70.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO E SILVA G. et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges.** *Lancet*, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 2011.

TERRES, Nicole et al. **Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e a obesidade em adolescente.** [S.l.]: Rev Saúde Pública, 40(4), 2006. 627-33 p.

VASCONCELOS, K.S.S; DIAS, J.M.D; DIAS, R.C. **Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho.** Rev. bras. fisioter. v. 10, n. 2, p. 213-218, 2006.

VASCONCELOS, Karina Simone; DIAS, João Marcos; DIAS, Rosangela. **Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho.** [S.l.]: Rev. bras. Fisioter. v.10, n.2. 2006. 213-218p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Obesity: prevent - ing and managing the global epidemic:** [S.l.]: Gene - va: World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and Overweight**. Fact Sheet n° 311. Setember, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and Overweight**. Fact Sheet No 311. Aug. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Obesity and overweight**. **Fact sheet N° 311**: [S.l.], Updated January 2015.