

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

**DANAIS CANCIO SANCHEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA OBESIDADE EM  
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE “GADO BRAVO” DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO EM  
ALAGOAS**

**MACEIÓ / ALAGOAS**  
**2018**

**DANAIS CANCIO SANCHEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA OBESIDADE EM  
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE “GADO BRAVO” DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO EM  
ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade de Minas Gerais para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

**MACEÍO / ALAGOAS  
2018**

**DANAIS CANCIO SANCHEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA OBESIDADE EM  
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE “GADO BRAVO” DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO EM  
ALAGOAS**

**Banca Examinadora**

Bruno Leonardo de Castro Sena - orientador

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de julho 2018

## **DEDICATORIA**

À minha amada filha Sofia Guzmán Cancio que é a razão de meu existir e de todo o que faço hoje.

Aos meus pais Consuelo Sánchez Jacinto e Jesus Cancio Méndez pelo amor incondicional e pelo incentivo constante no meu crescimento como profissional e pessoa.

À minha Pátria, por seu labor de infinito amor para com os necessitados do mundo.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus colegas de missão, por seu apoio em momentos de grande tristeza e também de alegria.

À minha Equipe de Saúde, pela acolhida, companheirismo e ajuda oferecida na realização deste trabalho.

Aos meus professores da especialização, em especial ao meu orientador Bruno Leonardo de Castro Sena, pelos ensinamentos transmitidos e sua grande dedicação com a conclusão deste trabalho.

À minha comunidade, que me acolheu de forma tão especial.

“A inabilidade de tomar ação é a  
razão número um para o fracasso”

***Napoleão Hill***

## RESUMO

A obesidade é uma epidemia no mundo moderno e o Brasil não está fora dessa problemática. Com as transformações ocorridas nas últimas décadas nos hábitos de vida da população, o país enfrenta dificuldades com o aumento de peso na população. Conseqüentemente vem crescendo o número de doenças crônicas não transmissíveis principalmente as de ordem cardiovascular, responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade no mundo, além de que são as que maior custo de assistência social e econômica requerem. Recentemente uma pesquisa revelou que quase a metade da população brasileira está acima do peso e a obesidade já atinge a 20% das pessoas adultas no país. Tendo em conta que a simultaneidade de fatores de risco cardiovascular como a obesidade, em pacientes hipertensos e diabéticos aumenta a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares, que a sua vez são a primeira causa de óbitos na comunidade de abrangência da Equipe de Gado Bravo, propusemos fazer um plano de ação para redução da obesidade em pacientes com estas doenças crônicas, esperando diminuir o número de óbitos por estas causas. Para a consecução desse objetivo foi realizado um diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da equipe mediante o método de Estima Rápida, com participação ativa dos membros da equipe e a própria comunidade. Foi realizada uma revisão de literaturas sobre o tema em questão, que incluiu descritores em saúde como: “obesidade”, “fator de risco” e “obesidade abdominal”, na base de dados da SciELO, portal do Ministério da Saúde, site da Prefeitura Municipal e publicações das Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Endocrinologia que ajudaram na elaboração do plano de ação uma vez que corroboram a importância de intervir sobre o tema. Foram selecionados artigos científicos sobre o tema publicados entre os anos de 2000 e 2018. O plano de intervenção irá seguir o Método de Planejamento Estratégico Situacional que apresenta as seguintes etapas: identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano e elaboração do plano operativo. Conclui-se que a obesidade é um problema de saúde de etiologia complexa e com uma alta prevalência e morbimortalidade no mundo atual, pelo que a perspectiva de êxito na sua prevenção requer de conhecimentos dos profissionais de saúde e a própria comunidade sobre sua etiologia multifatorial assim como sobre os riscos da mesma para a saúde e importância da adoção de hábitos saudáveis de vida para sua prevenção e controle.

**Descritores:** Obesidade. Fator de Risco. Circunferência Abdominal. Índice de Massa Corporal. Sedentarismo.

## ABSTRACT

Obesity is and epidemic in the modern world and Brazil is not out of this problem. With the changes that have occurred in recent decades in the habits of life of the population, the country face difficulties with the weight gain in the population. Consequently is growing the number of chronic non-communicable diseases (NCD), especially cardiovascular order, responsible for the higher rate of morbidity and mortality in the world besides the higher cost of social and economic assistance they require. Recently a survey revealed that almost half of the brazilian population is overweight and obesity is the 20% of adults in the country. Taking into account that the simultaneity of cardiovascular risk factors such as obesity, hypertension and diabetic patients increases the likelihood of occurrence of cardiovascular events, that your time are the leading cause of deaths in the community of wild cattle, we proposed make an intervention project for reduction of obesity in patients with these diseases waiting decrease the number of deaths by these causes. To achieve this goal, we conducted a survey of the health situation in the area of coverage of the team by the method of Quick Estimates, with active participation of team members and the community itself. A review of literature on the topic in question, which included health descriptors like "obesity", "risk factors" and "abdominal Obesity" in sites such as SciELO, portal of the Ministry of health, the site Municipal Government and Brazilian societies publications Cardiology and Endocrinology who helped in the drafting of the action plan once that corroborate the importance of intervening on the topic. The contingency plan will follow the Situational strategic planning method (PES) which presents the following steps: problem identification, prioritization of issues, selection of priority problem, characterization of the problem, description of problem, explanation of the problem, identification of us critics, drawing operations, identification of critical resources, analysis of the feasibility of the plan and operating plan. It is concluded that obesity is a health problem of complex etiology and with a high prevalence, and morbidity and mortality in the current world, the prospect of success in your prevention requires knowledge of health professionals and the community about your multifactorial etiology as well as about the risks to the health and importance of adopting healthy habits for your prevention and control.

**Keywords:** Obesity. Risk factors. Abdominal Circumference. Body Mass Index. Sedentary Lifestyle.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.
ACS	Agentes Comunitários de Saúde.
ACSM	American College of Sports Medicine.
ACV	Acidente Cerebral Vascular.
AVDs	Atividades da vida diária.
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde.
CEMACA	Educação Municipal dos Alunos Caienses.
DANT	Doenças e Agravos não transmissíveis.
DCV <sub>s</sub>	Doenças cardiovasculares.
DM	<i>Diabete</i> Mellitus.
ESF	Equipe de Saúde da Família.
Ficha B - DM	Ficha de acompanhamento de diabéticos.
Ficha B - HAS	Ficha de acompanhamento de hipertensos.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IMC	Índice de Massa Corporal.
NCD	Non-communicable Diseases.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PMAQ	Programa Nacional de Melhora do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PSF	Programa de Saúde da Família.
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional.

SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online.</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SISREG	Sistema de Regulação e Marcação de Exames.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFMG	Universidade Federal De Minas Gerais.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
WHO	World Health Organization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1:</b> Distribuição da população da ESF de “Gado Bravo” segundo faixa etária e sexo. Janeiro- Dezembro, 2016.....	14
<b>Quadro 2:</b> Distribuição da população da ESF de “Gado Bravo” segundo faixa etária e micro áreas da equipe. Janeiro- Dezembro 2016.....	15
<b>Quadro 3:</b> Classificação de peso pelo IMC.....	17
<b>Quadro 4:</b> Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens e mulheres.....	24
<b>Quadro 5:</b> Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliação de obesidade e risco de diabetes e doença cardiovascular.....	25
<b>Quadro 6:</b> Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Gado Bravo, município de São Sebastião de Alagoas.....	25
<b>Quadro 7:</b> Descritores utilizados na análise do problema priorizado pela Equipe de Saúde da Família de Gado Bravo, Município de São Sebastiao de Alagoas.....	33
<b>Quadro 8:</b> Desenho das operações para os “nós críticos”. Proposta de intervenção para redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da comunidade de abrangência da Equipe de Gado Bravo, São Sebastião de Alagoas, 2018.....	35
<b>Quadro 9:</b> Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos, visada a redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da comunidade de abrangência da Equipe de Gado Bravo, São Sebastiao de Alagoas, 2018.....	37
<b>Quadro 10:</b> Propostas de ações para a motivação dos atores, para redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da comunidade de abrangência da Equipe de Gado Bravo, São Sebastião de Alagoas, 2018.....	37
<b>Quadro 11:</b> Proposta de intervenção para a redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da comunidade de abrangência da Equipe de Gado Bravo, São Sebastião de Alagoas, 2018.....	38

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 Aspectos Gerais do Município	
1.2 O Sistema Municipal de Saúde	
1.3 A Equipe de Saúde da Família de “Gado Bravo”, seu território e sua população	
1.4 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe “Gado Bravo”.	
1.5 Estima rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	
1.6 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção	
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
5.1 Definição de Obesidade	
5.2 Epidemiologia e Etiologia da Obesidade	
5.3 Morbidade e Mortalidade associada à Obesidade	
5.4 Promoção de saúde: Atividade física e alimentação saudável	
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>33</b>
6.1 Descrição do problema priorizado	
6.2 Explicação do Problema Priorizado	
6.3 Seleção dos “Nós Críticos”	
6.4 Desenho das Operações	
6.5 Identificação de Recursos Críticos	
6.6 Análise da Viabilidade do Plano de Ação	
6.7 Elaboração do Plano Operativo	
6.8 Gestão do Plano	
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do Município

São Sebastião é um município brasileiro localizado no sul do estado de Alagoas. Sua população, no censo de 2010 era de 32.010 e estimada para 2017 com 34.551 habitantes (IBGE, 2016). A cidade situa-se em uma planície, distando 100 km de Maceió (capital do estado) e 27 Km de Arapiraca. Limita ao norte com o município de Arapiraca, ao sul com o município de Igreja Nova, a leste com o município de Teotônio Vilela, a oeste com o município de Feira Grande, a nordeste com o município de Junqueiro, a sudeste com o município de Penedo, a sudoeste com o município Porto Real de Colégio e a sudeste com o município de Coruripe (SÃO SEBASTIÃO, 2016).

O nome Arapiraca vem de uma árvore da família das leguminosas Mimosáceas - Piptadênia (Piteodolobim) que é uma espécie de angico branco, comum no Agreste e no Sertão. Segundo uma tradição popular, a palavra Arapiraca tem origens indígenas e significa: ramo que arara visita (IBGE, 2016).

O clima é considerado um dos melhores do estado e é predominantemente do tipo tropical chuvoso com verão seco. É considerado o terceiro mais importante município do agreste alagoano, localizando-se geograficamente no sul do estado. A economia no município baseia-se no cultivo de mandioca, milho, fumo, amendoim, feijão, banana, laranja e outros. Apresenta também fontes de renda como a pecuária, o artesanato em geral destacando a renda de bilro, pelo que é conhecido como a “Terra das Rendas de Bilro” (SÃO SEBASTIÃO, 2016).

O município conta com a Escola de Renda, que vem dinamizando as ações para geração de empregos e renda com a produção de peças e produtos. A escola possui três professores e cerca de 40 alunos. A Biblioteca Pública Municipal é um referencial em toda a região. O espaço foi reformado, ampliado e possui sala climatizada, com disposição de 13 mil títulos para consultas de estudantes e moradores da cidade. O fortalecimento da Cultura também é estendido às duas aldeias indígenas Plaqueó e Terra Nova. Os costumes dos índios Kara potó são atendidos e valorizados com ajuda financeira e a exposição de peças artesanais e a dança do Toré nas aldeias e em feiras e eventos em todo o Estado. A Escola de Balé

para crianças deu outro importante avanço na cultura, que conta hoje com 20 crianças atendidas pela iniciativa (SÃO SEBASTIÃO, 2016).

A atividade política fica dividida entre dois grupos políticos que se revezam à frente da administração municipal por muito tempo. Têm surgido algumas lideranças novas que tem conseguido a partir da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais (SÃO SEBASTIÃO, 2016)

A Educação atende 33 escolas, uma creche e uma Escola de Educação especial com 80 alunos. Oferece Turno Integral em oito escolas, além do Centro Educação Municipal dos Alunos Caienses (CEMACA) que atende 493 crianças com diversas oficinas: dança, violão, teclado, desenho, coral e aulas de reforço. Outros projetos de destaque: xadrez, educação física, educação no trânsito, jornal no interior, Atleta na Escola e as Escolas Sustentáveis (SÃO SEBASTIÃO, 2016).

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

Segundo informação oriunda da Atenção Básica Municipal, o município conta com 25 Programas Saúde da Família (PSF), distribuídos em cinco PSF urbanos e 20 PSF na zona rural e nos quais trabalham 13 Equipes de Saúde da Família: oito equipes rurais e cinco urbanas. Também conta com uma Equipe de Endemias integrada por 20 agentes, que se encarregam de realizar a vigilância de saúde.

Quanto à atenção especializada, o município tem convenio para garantir o atendimento em consultas com especialistas em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Endocrinologia, Nutrição e Fisioterapia, que fazem atendimento dentro do próprio município. Garante também o atendimento em outras especialidades em outros pontos da rede de atenção dentro e fora do estado. Recebe apoio diagnóstico de cidades vizinhas como Arapiraca, Penedo, São Miguel dos Campos e Maceió, aonde são feitos os exames de alta complexidade. Os pontos de atenção ficam regulados pelo Sistema de Regulação e Marcação de Exames (SISREG) de Arapiraca (segunda maior cidade do estado), onde é regulada a marcação de exames e consultas para todas as especialidades com um número fixo de vagas específico para cada município.

Dentro do município existe uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para oferecer serviço de urgência e emergência, sem internamento dentro da unidade, porém o paciente é liberado ou transferido logo depois do atendimento. Também tem uma Casa Maternal “Nossa Senhora da Penha” que faz parto humanizado e ao dia

seguinte são dadas de alta as pacientes. No caso de pacientes com complicações na gravidez e o parto tem que ser transferidas para outro município para a realização de cesárea, Arapiraca na maioria dos casos.

Existem oito farmácias no município, quatro delas são farmácias populares, que prestam serviço de cadastro para oferecer os remédios aos pacientes com doenças crônicas.

De maneira geral o modelo de Atenção à Saúde regente é o modelo centrado na pessoa, de forma integral, vinculado a família, a comunidade e o meio ambiente.

### 1.3 A Equipe de Saúde da Família de “Gado Bravo”, seu território e sua população

A ESF de “Gado Bravo”, pertencente ao Município São Sebastião do Estado Alagoas, é composto por um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem sete agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, uma assistente de saúde bucal e três assistentes de serviços gerais. Fazem atendimentos nas comunidades de Gado Bravo, Sape, Tabuleiro e Porteiras e possuem, segundo dados consolidados das famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2015), 710 famílias para uma população total de 2137 habitantes, dos quais 1089 são do sexo masculino e 1048 são do sexo feminino.

Quadro 1 - Distribuição da população da ESF de “Gado Bravo” segundo faixa etária e sexo. Janeiro-Dezembro (2016).

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
0-1 ano	16	12	28
1-4 anos	72	58	130
5-14 anos	202	160	362
15-19 anos	104	88	192
20-29 anos	184	201	385
30-39 anos	163	161	324
40-49 anos	112	119	231
50-59 anos	92	110	202
60-69 anos	95	87	182
70-79 anos	29	35	64
80 anos e mais	20	17	37
<b>TOTAL</b>	<b>1089</b>	<b>1048</b>	<b>2137</b>

Fonte: SIAB (2015).

A leitura dos dados do Quadro 1 mostra que o maior contingente populacional se encontra nas faixas etárias compreendidas entre 20 a 39 anos, população considerada economicamente ativa.

Quadro 2- Distribuição da população da ESF de “Gado Bravo” segundo faixa etária e micro áreas da equipe. Janeiro-Dezembro (2016)

<b>Faixa Etária</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>	<b>Micro 7</b>	<b>Total</b>
0-1 ano	3	5	4	4	2	1	9	28
1-4 anos	14	4	16	20	33	14	29	130
5-14 anos	47	45	46	42	81	33	68	362
15-19 anos	21	21	39	21	34	12	44	192
20-29 anos	41	70	51	57	57	24	85	385
30-39 anos	35	50	70	33	48	19	69	324
40-49 anos	34	46	35	20	35	6	55	231
50-59 anos	28	42	32	27	25	9	39	202
60-69 anos	26	45	25	10	26	13	37	182
70-79 anos	4	12	9	8	11	3	17	64
80 anos e mais	6	8	3	4	7	3	6	37
<b>TOTAL</b>	<b>259</b>	<b>348</b>	<b>330</b>	<b>246</b>	<b>359</b>	<b>137</b>	<b>458</b>	<b>2137</b>

Fonte: SIAB (2015).

Os dados do Quadro 2 apontam que a Micro área 7 tem maior número de pessoas, seguida da Micro área 5.

As comunidades de abrangência da ESF de “Gado Bravo” são: com o mesmo nome da equipe a comunidade de Gado Bravo e as comunidades de Sape, Tabuleiros e Porteiras, todas são comunidades rurais e mantêm os mesmos costumes, tradições e padrões de vida. A grande maioria dos moradores, de ambos sexos, trabalha na roça, outra parte não menos significativa está representada pelas donas de casa e pessoal desempregado e subempregado, e uma minoria por trabalhadores de outras profissões com carteira assinadas.

O saneamento básico na comunidade não é bom, tem dificuldades em alguns casos com as redes de esgotamento e a coleta de lixo, assim como no tempo de seca com a disponibilidade de água potável. O povoado de porteiras é muito carente e vive em situações precárias.

O grau de analfabetismo é alto também, mais na população idosa. A evasão escolar tem diminuído, mas ainda acontece. Os costumes culturais e religiosos são os habituais do povo brasileiro.



#### **1.4 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe “Gado Bravo”**

A equipe de saúde trabalha em três postos de saúde. Um deles está localizado no posto principal de Gado Bravo e os postos de apoio de Sape e Tabuleiros, sendo que este último presta atendimento à população das Porteiras que não conta com um posto de saúde dentro da comunidade.

Cada uns deles tem uma área de abrangência bem estabelecida e pela qual é responsável. Cada posto conta com pessoal de serviços gerais, técnica de enfermagem, enfermeira e os agentes comunitários de saúde, pelo que se trata de uma equipe ampliada.

Todos os postos são estruturalmente adequados para o atendimento médico, de enfermagem e odontológico, mas precisam retocar os acabamentos para melhor conforto. Contam com sala de espera para os pacientes, consulta odontológica, consulta médica, consulta de enfermagem, farmácia, sala de vacinação, banheiros de funcionários e pacientes e área de esterilização. A iluminação, climatização e higienização das áreas de atenção são boas. Não temos sala de reunião pelo que as reuniões da equipe e as atividades de grupos são realizadas na sala de espera de cada posto. Temos dificuldades com alguns insumos necessários para um bom atendimento como: medicamentos de uso contínuo, modelos de exames e encaminhamentos, glicômetro e sonar.

Destaca-se, ainda, que a população das Porteiras não tem um posto de saúde para o atendimento, de forma geral a atenção oferecida pela equipe cumpre com os princípios do SUS Brasileiro e tem uma boa aceitação pela população.

#### **1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Para a identificação dos problemas foi utilizado o método de Estima Rápida e os dados levantados forem coletados dos registros estatísticos existentes na Secretaria Municipal de Saúde, os registros dos ACS, os prontuários médicos individuais e na observação ativa durante o processo de trabalho da equipe. Estes foram:

- Grande prevalência de obesidade como fator de risco cardiovascular mais associado a pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes;

- Doenças cardiovasculares (Infarto agudo do miocárdio e Acidente Cerebrovascular) como principal causa de óbitos da área;
- Grande incidência de parasitoses intestinais;
- Saneamento ambiental deficitário.

### 1.6 Priorização dos Problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Uma vez identificados os principais problemas de saúde da comunidade adscrita a equipe, em reunião, realizou análise do poder real de resolutividade destes. Foram levados em conta o número de pessoas afetadas por eles; as informações sobre as características da população, os ambientes físicos e socioeconômicos; a disponibilidade de recursos materiais dos serviços de saúde e comunitários; a preparação e vontade dos membros da equipe assim como política municipal para afrontar os principais problemas identificados. O quadro 3 a seguir mostra a classificação das prioridades para os problemas identificados.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade adscrita a unidade básica de saúde “Gado Bravo” no município de São Sebastião em Alagoas.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção****</b>
Grande prevalência de obesidade como fator de risco cardiovascular mais associado a pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes.	Alta	30	Parcial	1
Doenças cardiovasculares (Infarto e Acidente cerebrovascular) como principal causa de óbitos da área.	Alta	30	Parcial	1
Grande incidência de parasitoses intestinal.	Media	20	Parcial	2
Saneamento	Media	15	Fora	3

ambiental deficitário				
-----------------------	--	--	--	--

**Fonte:** Autoria própria (2018).

\*Alta, média ou baixa.

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Sendo assim, após o diagnóstico situacional através do método de estimativa rápida e a análise compartilhada com os profissionais da equipe e a própria comunidade foi decidido realizar este projeto de intervenção com o intuito de reduzir a mobilidade e mortalidade por eventos cardiovasculares em pacientes obesos e com doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

## 2 JUSTIFICATIVA

A obesidade é atualmente considerada uma doença epidêmica do século XX e início do XXI. É, também, avaliada como doença mais seria que a desnutrição no Brasil, onde 40% da população estão acima do peso (BASTOS; PEREIRA, 2008).

Segundo a Sociedade de Endocrinologia e Metabologia (2016), estudos epidemiológicos obtidos na última década apontam a obesidade como importante condição que predispõe a maior morbidade e mortalidade. A prevalência vem aumentando em praticamente todos os países desenvolvidos, com raras exceções, bem como nos países em desenvolvimento. No Brasil, se registrou um aumento da prevalência de obesidade entre 1975 e 1997 que predominou na região Nordeste e nas faixas da população de menor poder aquisitivo. O excesso de mortalidade condicionada pela obesidade decorre principalmente da maior ocorrência de eventos cardiovasculares, sendo o fator de risco que com maior frequência se associa a condições tais como dislipidemia, diabetes, hipertensão e hipertrofia ventricular esquerda, conhecidos como fatores de risco coronário.

As doenças cardiovasculares são doenças que causam distúrbios no coração e vasos sanguíneos, responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade no mundo, sendo as que requerem os mais elevados custos de assistência social e econômica (NASCIMENTO; MENDES, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) as doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte em todo o mundo, mais pessoas morrem anualmente de DCVs do que qualquer outra causa. Cerca de 17,7 milhões de pessoas morreram por DCVs em 2015, representando 31% de todas as mortes globais. Destas mortes, cerca de 7,4 milhões foram devidos a doenças coronárias e 6,7 milhões foram decorrentes de acidentes cérebro vasculares (ACV).

Tendo em conta essas estatísticas atuais e que durante o diagnóstico situacional da comunidade de “Gado Bravo”, a obesidade constituiu o principal problema de saúde a se solucionar, por sua alta prevalência e relação com outras doenças crônicas, se faz necessária a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade como aspecto importante da promoção de saúde e redução dos índices de morbimortalidade dessa população.

A efetividade deste projeto de intervenção vai depender em muito da capacidade de enfrentamento dos profissionais da equipe e a própria comunidade. A

proposta de intervenção na redução da obesidade deve ser norteadas a partir das diversas concepções presentes na sociedade sob alimentação saudável, atividade física e saúde.

Justifica-se, portanto, a realização deste trabalho, já que é nosso trabalho na atenção básica de saúde, um espaço privilegiado para o desenvolvimento destas ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios além de um espaço para a reflexão sobre fatores de risco individual e coletivos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Propor um plano de ação para reduzir a obesidade em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão, e conseqüentemente, minimizar o número de óbitos por eventos cardiovasculares na unidade básica de saúde “Gado Bravo” no município de São Sebastiao em Alagoas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada através de revisão da literatura sobre o tema em questão;
- Realizar pesquisa ativa de obesidade nas consultas de hiperdia mediante determinação de IMC;
- Avaliar o grau de repercussão da obesidade na saúde da comunidade, em especial aqueles com outras DANs;
- Elaborar e executar um conjunto de ações educativas, com participação ativa da comunidade, que visem uma redução da morbimortalidade por causas evitáveis.

## 4 METODOLOGIA

O presente trabalho apresentou três momentos: a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS “Gado Bravo”; a revisão de literatura sobre o tema escolhido e a elaboração de um plano de intervenção com propostas simples e objetivas que visem à melhoria da qualidade de vida da população alvo.

O Diagnóstico Situacional se baseou no método de Estima Rápida que permitiu a obtenção de informações sobre um conjunto de problemas de saúde da comunidade e os recursos potenciais para o seu enfrentamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

A revisão de literatura atualizada sobre a Obesidade foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e outras fontes. Foram utilizados os seguintes Descritores de Ciências em Saúde: “Obesidade”, “Fator de Risco”, “Circunferência Abdominal”, “Índice de Massa Corporal” e “Indicadores de morbimortalidade”. Procedeu-se a uma leitura minuciosa dos resumos que enfocavam o tema em questão escolhendo aqueles que mais se aproximavam aos objetivos do plano de intervenção.

Portanto, com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES) passou-se à construção do plano de intervenção e proposição das ações estratégicas com previsões relativas à sua viabilidade política, os atores envolvidos, os recursos necessários e os meios a serem utilizados para o cumprimento dos objetivos propostos.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Definição de Obesidade

A obesidade é uma doença crônica decorrente de vários fatores fisiológicos e hereditários, mas também está fortemente relacionada aos maus hábitos de vida. É definida como o acúmulo de tecido adiposo no corpo, seja este localizado ou não, causado pelo balanço calórico positivo constante ou por distúrbios do sistema endócrino e/ou metabólico (BRASIL, 2006).

De maneira geral não é difícil reconhecer a obesidade ou até mesmo o sobrepeso, mais o diagnóstico correto requer que se identifiquem os níveis de risco, o que, frequentemente, necessita algumas formas de quantificação. No passado, o padrão ouro para avaliar o peso era a pesagem dentro da água (peso submerso ou hidrostático). Mais recentemente, técnicas de imagem, tais como ressonância magnética nuclear, tomografia computadorizada e absorciometria com raios-X de dupla energia, tem sido alternativa, mas o alto custo, a alta complexidade do exame e a falta dos equipamentos necessários impedem o uso dessas técnicas na prática clínica. Outras alternativas como a medida da prega cutânea, ultrassonografia, análise de bioimpedância e espectroscopia por raios infravermelhos encontram-se disponíveis e são relativamente baratas. A mais favorável medida de massa corporal tradicionalmente tem sido o peso isolado ou peso ajustado para a altura. A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica da obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal. Assim, segundo a Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009, p. 12), o IMC tem as seguintes limitações:

- não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser pouco estimado em indivíduos mais velhos, em decorrência de sua perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em indivíduos musculosos;
- não reflete, necessariamente, a distribuição da gordura corporal. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total;
- indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. Por exemplo: a distribuição de gordura abdominal é



claramente influenciada pelo sexo: para algum acúmulo de gordura corporal, o homem tem, em média, o dobro da quantidade de gordura abdominal em relação à mulher na pré-menopausa;

- não indica necessariamente o mesmo grau de gordura em populações diversas, particularmente por causa das diferentes proporções corporais;
- na população brasileira, tem-se utilizado a tabela proposta pela OMS para classificação de sobrepeso e obesidade e seu uso apresenta as mesmas limitações constatadas na literatura;
- apresenta, no entanto, semelhante correlação com as comorbidades; A combinação de IMC com medidas da distribuição de gordura pode ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado.

O IMC, que é igual ao peso/ altura<sup>2</sup> (expressado em kg/m<sup>2</sup>) é um bom indicador de obesidade, mas não totalmente correlacionado com gordura corporal. A classificação adaptada pela Organização Mundial da Saúde (2000), apresentada no Quadro 4, baseia-se em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus e tem identificado um ponto de corte baseado na associação de IMC e risco de doença crônica e mortalidade.

Quadro 4 - Classificação de peso pelo IMC.

<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de comorbidades</b>
Baixo peso	<18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	> ou igual que 25	-
Pré-obeso	25,0-29,9	Aumentado
Obeso I	30,0-34,9	Moderado
Obeso II	35,0-39,9	Grave
Obeso III	> ou igual que 40	Muito grave

**Fonte:** ABESO (2009, p.11).

Das diversas formas para avaliar a massa gordurosa corporal e sua distribuição, já numeradas anteriormente, a medida da circunferência abdominal reflete melhor o conteúdo de gordura visceral e também se associa muito a gordura corporal total. A OMS estabelece como corte de risco cardiovascular aumentado medida da circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 em mulheres (Quadro 5).

Quadro 5 - Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens e mulheres.

Circunferência abdominal (cm)		
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher
Aumentado	Maior ou igual a 94	Maior ou igual a 80
Aumentado substancialmente	Maior ou igual a 102	Maior ou igual a 88

**Fonte:** ABESO (2009, p.13).

Na população brasileira, utilizam-se, em alguns estudos, os mesmos pontos de corte propostos pela OMS, indicando ser também bom prognosticador de risco para doenças metabólicas, principalmente hipertensão arterial (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SINDROME METABOLICA, 2009).

A associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pode ser uma forma combinada de avaliação do risco e ajudara a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas. O Quadro 5, resume a avaliação de risco com essas medidas associadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SINDROME METABOLICA, 2009).

Quadro 6 - Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliação de obesidade e risco de diabetes e doença cardiovascular.

Circunferência abdominal			
Risco de complicações metabólicas	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Homem: 94-102	102 ou mais
		Mulher: 80-88	88 ou mais
Baixo risco	<18,5	-	-
Peso saudável	18,5-24,9	-	Aumentado
Sobrepeso	25,0-29,9	Aumentado	Alto
Obesidade	> ou igual a 30	Alto	Muito alto

**Fonte:** ABESO (2009, p.14).

## 5.2 Epidemiologia e etiologia da obesidade

O crescente aumento de sobrepeso e obesidade em vários países tem sido descrita como uma pandemia global. Em 2010, o excesso de peso e a obesidade já foram estimados em 3,4 milhões de mortes, 3,9% de anos de vida perdidos e 3,8% de anos de vida ajustados por incapacidade em todo o mundo. Estudos nos Estados Unidos de América (EUA) sugeriram que, inabalável, o aumento da obesidade poderia levar a futuros declínios na expectativa de vida. Diante esta situação e sendo que, a preocupação com os ricos para a saúde associados ao aumento da obesidade tornou-se quase universal, os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde adotaram um objetivo voluntario de impedir o aumento da obesidade até 2025 (MARIE *et al.*,2014).

“A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SINDROME METABOLICA, 2009, s/p.).

Segundo Abrantes, Lamounier e Colosimo (2002) citados por Lopes, Prado e Colombo (2010), 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos eram obesos, sendo esta prevalência mais alta nas regiões Sul e Sudeste do país. Esta tendência do aumento da obesidade foi registrada para os homens e mulheres de todas as faixas de renda, no período de 1974 a 1989. Já para o período compreendido de 1989 a 2003, os homens mostraram um aumento da obesidade independentemente da faixa de renda, enquanto, este aumento foi evidenciado somente em aquelas mulheres com baixa escolaridade e situadas nas faixas de renda mais baixas.

As estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2016, mostraram excesso de peso na população brasileira de 53,8%, sendo maior entre homens (57,7%) do que entre mulheres (50,5%), condição com tendência a aumentar com a idade até os 64 anos. Já a frequência de adultos obesos foi de 18,9%, ligeiramente maior em mulheres (19,6%) do que em homens (18,9%). Neste caso observou-se que, em ambos os sexos, a frequência de obesidade aumenta duas vezes da faixa de 18 a 24 anos para a faixa de 25 a 34 anos de idade (BRASIL, 2016).

O determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura no corpo e, por consequência, da obesidade, é o balanço energético positivo. O balanço energético pode ser definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida pelo indivíduo e a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. O balanço energético positivo acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta. Os fatores que levam um indivíduo ao balanço energético positivo variam de um para outro (BRASIL, 2006, p. 19).

A mudança do padrão de consumo nutricional atual, baseada na excessiva ingestão de alimentos de alta densidade energética, ricos em açúcares simples, gordura saturada, sódio e conservantes, e pobres em fibras e micronutrientes pode explicar o aumento acelerado da obesidade no mundo e no Brasil, sendo por tanto um fator susceptível de modificar. Também se tem identificado situações e fases do curso da vida em que as pessoas podem ficar mais vulneráveis à obesidade. Fatores relacionados ao ciclo reprodutivo, como a idade da menarca, o ganho de peso gestacional, o número de filhos, o intervalo entre gestações, a duração da amamentação e o período da menopausa têm também sido relacionados ao excesso de peso (BRASIL, 2006).

Cabe destacar, portanto, a importância das condições de vida e dos ambientes em que as pessoas vivem cotidianamente, adotando-se aqui um conceito ampliado de "ambiente" que inclui os ambientes político, econômico, social, cultural e físico (SWINBURN et al., 1999 *apud* BRASIL, 2006, p. 19).

Outros fatores de risco que podem ser associados ao ganho excessivo de peso são as mudanças em alguns momentos da vida dos indivíduos (casamento, viuvez, separação); determinadas situações de violência; fatores psicológicos (como o estresse, a ansiedade, a depressão e a compulsão alimentar); alguns tratamentos medicamentosos (com psicofármacos e corticóides); a suspensão do hábito de fumar; o consumo excessivo de álcool; a redução drástica de atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998 *apud* BRASIL, 2006).

Como pode-se observar, a obesidade está muito relacionada ao modo de vida e as condições de vida e saúde de sociedades, classes, grupos e indivíduos resultantes de construções históricas e sociais, pelo que seu controle e prevenção devem contemplar a dimensão ambiental além do âmbito populacional. Tem que se avaliar o indivíduo como um todo.

### 5.3 Morbidade e Mortalidade associada à Obesidade

A obesidade integra o grupo de DANTs. Este grupo inclui doenças caracterizadas por: história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microrganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (PINHEIRO ; FREITAS; CORSO, 2004).

Um número significativo de patologias está associado à obesidade. Como um fator de risco para essas condições aumenta substancialmente o risco de sofrer com elas e aumenta a probabilidade de adoecer e morrer (FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDADE, 1999).

Vários estudos epidemiológicos estabelecem uma associação entre obesidade e vários fatores de risco de DCVs como: Intolerância à glicose, Diabetes, Hipertensão e Hipertrigliceridemia. As DCVs constituem a primeira causa de morte em países tecnologicamente desenvolvidos e se perfila como a primeira causa de morte por DANTs em países em vias de desenvolvimento. Pacientes obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular-cerebral e infarto agudo do miocárdio, que indivíduos com peso adequado (FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE, 1999).

Dados publicados pela OMS apontam que cerca de 27% dos registros de mortalidade no mundo foram decorrentes de DCVs, enquanto, no Brasil, elas foram responsáveis por 31% das mortes. Este cenário epidemiológico preocupa por implicar em diminuição da qualidade de vida das populações, além de custos elevados e crescentes para o governo, a sociedade, a família e os indivíduos (CASTRO et al. 2014 *apud* BARROSO *et al.*, 2017, p.417).

Existe clara evidencia da associação do excesso de peso com o aumento da morbidade e mortalidade, risco que 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 e, embora não haja uma associação absolutamente definida entre a obesidade e as DCVs, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5

vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicérides e colesterol (WAITZBERG, 2000 *apud* BRASIL, 2006, p. 23).

A hipertensão essencial aparece com frequência entre os 25 e 55 anos de idade, faixa etária que também está relacionada à maior frequência da obesidade. O aumento da massa corporal está associado à pressão arterial elevada, e a perda de peso em indivíduos hipertensos é geralmente acompanhada por uma redução na pressão arterial, refletindo também positivamente na necessidade de medicação anti-hipertensiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995 *apud* BRASIL, 2006, p. 24).

No Consenso Latino-americano de Obesidade (1999) registra-se que o risco de hipertensão é dois vezes maior em pacientes obesos. Por outra parte diminuições significativas de 3 a 5 kg de peso reduzem a necessidade de uso de medicação anti-hipertensiva em aproximadamente o 50% dos pacientes hipertensos.

Segundo Melo (2011) a obesidade abdominal é uma parte fundamental da constelação de fatores de risco para a Síndrome Metabólica e está fortemente associada ao risco de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

Clinicamente, a DM se desenvolve em obesos após período de intolerância à glicose, quando a glicemia se mostra acima dos valores normais, o que conduz, na maioria dos casos, a um estado de hiperinsulinemia. Sendo o sobrepeso associado à pouca tolerância à glicose e à hiperinsulinemia (resistência à insulina), estas alterações podem ser revertidas em pouco tempo pela perda de peso. “A perda de peso, em indivíduos diabéticos tipo 2, melhora a tolerância à glicose e reduz a necessidade de drogas hipoglicemiantes” (BRASIL, 2006, p. 24).

Considera-se também o excesso de peso um fator de risco para outros problemas na saúde, sendo importante para o desenvolvimento de litíase biliar, de osteoartrite e tendo associação com alguns tipos de câncer, como de cólon, de reto, de próstata, de mama, de ovário e de endométrio (FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995 *apud* BRASIL, 2006).

Dada a magnitude real do problema da obesidade e a sua relevância, como condição de etiologia complexa que a sua vez gera outros problemas de saúde, é um grande desafio para os profissionais da saúde a prevenção e controle da mesma.

#### 5.4 Promoção de saúde: Atividade física e alimentação saudável

Na abordagem da obesidade, dentro do contexto epidemiológico atual, é importante que exista uma definição de prioridades e estratégias de ações de Saúde Pública, principalmente ações voltadas para a prevenção e o controle das doenças crônicas. Devem ser priorizadas aquelas ações de promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física dirigidas aos indivíduos e as coletividades (FREIRE *et al.*,2014).

Neste sentido, a Atenção Básica de Saúde ao ser a porta de entrada do usuário no sistema e estar mais próxima à comunidade e ter maior poder de compreensão de sua dinâmica social, torna-se um local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população (FREIRE *et al.*,2014).

A prática regular de atividade física é fundamental em qualquer idade e tem sido considerada um meio para a preservação da saúde e a qualidade de vida do ser humano. De maneira que, a inatividade física considera-se um importante fator de risco de DANTs, como diabetes e hipertensão arterial (FREIRE *et al.*,2014).

Sabe-se que a prática regular de atividade física proporciona uma série de benefícios a saúde, como por exemplo: aumenta a autoestima e o bem-estar, alivia o estresse, estimula o convívio social, melhora a força muscular, contribui para o fortalecimento dos ossos e para o pleno funcionamento do sistema imunológico. Considera-se também um importante fator protetor contra a obesidade, o diabetes, as DCVs, alguns tipos de câncer e alguns transtornos mentais (BRASIL, 2006, p. 16).

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que requer gasto de energia acima dos níveis de repouso. Já o exercício físico é um tipo de atividade que consiste em um movimento corporal sistematizado, planejado, estruturado e repetitivo, realizado para aprimorar ou manter um o mais componente da aptidão física. Representa ainda, um subgrupo de atividade física planejada com a finalidade de manter o condicionamento (FREIRE *et al.*, 2014).

Segundo Carlucci *et al.* (2013) com o avanço tecnológico a sociedade moderna está cada vez mais exposta a conforto e comodismos, o que leva as pessoas terem uma vida sedentária, habito este, que hoje é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Já que contribui a resistência à

insulina e aumento dos níveis de lipídios na circulação sanguínea, sendo que, o risco de ocorrência de infarto seja de duas vezes maior em indivíduos sedentários quando comparados com aqueles regularmente ativos.

Na promoção de uma alimentação saudável a equipe de saúde deve desempenhar um papel importante. Nossa atuação junto à população em geral e aqueles grupos específicos identificados como prioritários na área de atuação deve envolver, direta ou indiretamente, as diversas dimensões da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e seus determinantes.

Em todas as fases do curso da vida, as ações de promoção devem assumir como princípio que uma alimentação saudável é aquela:

- Adequada em quantidade e qualidade (oferecendo de forma equilibrada todos os nutrientes necessários para cada fase do curso da vida);
- Variada, de forma a facilitar a oferta de todos os nutrientes necessários ao organismo;
- Segura, dos pontos de vista sanitário e genético;
- Disponível (garantia do acesso físico e financeiro);
- Atrativa do ponto de vista sensorial;
- Que respeita a cultura alimentar do indivíduo ou grupo a que se destina.

(BRASIL, 2006, p. 15)

De maneira a complementar estes princípios sobre alimentação saudável e facilitar o trabalho educativo em saúde, vale a pena destacar, as seguintes recomendações da Organização Mundial da Saúde para a prevenção da obesidade e outras doenças associadas à alimentação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003 *apud* BRASIL, 2006, p.15):

- Buscar o balanço energético e o peso saudável;
- Limitar o consumo de gorduras;
- Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas, etc.);
- Limitar o consumo de açúcares livres;
- Limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que o sal seja iodado.



Prevenir a obesidade por meio da promoção de hábitos alimentares e a prática regular de atividade física, é um desafio para os profissionais da Atenção Básica de Saúde. As ações nesse sentido, além de garantir a difusão de informação devem procurar viabilizar espaços para a reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição da população, estimulando o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante sua realidade e promovendo a autonomia de escolha e atitude protagonista diante a vida.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O processo de planejamento se refere a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, de uma mudança situacional. O planejamento não se trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente que é o futuro de nossas decisões (MATUS, 2004, p. 19).

Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o material referente módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 6.1 Descrição do Problema Priorizado (terceiro passo)

Depois de ter feito uma análise da situação de saúde, o problema obesidade como fator de risco cardiovascular associado a pacientes com doenças crônicas foi priorizado pela equipe e a comunidade num processo de discussão ativa conforme a sua importância, a urgência de solução e a capacidade para seu enfrentamento. Foram utilizados os seguintes descritores:

Quadro 7 - Descritores utilizados na análise do problema priorizado pela unidade básica de saúde "Gado Bravo" do município de São Sebastião em Alagoas

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fonte</b>
Hipertensos estimados	261,9	Indicadores do PMAQ
Hipertensos cadastrados	213	Ficha B-HÁ (SIAB)
Hipertensos confirmados	213	Prontuários
Hipertensos acompanhados conforme protocolo.	213	Prontuários
Hipertensos controlados	165	Prontuários
Diabéticos estimados	66,2	Indicadores do PMAQ
Diabéticos cadastrados	76	Ficha B-DIA (SIAB)
Diabéticos confirmados	76	Prontuários
Diabéticos acompanhados conforme protocolo	76	Prontuários
Diabéticos controlados	65	Prontuários
Obesos com Hipertensão ou Diabetes	197	Prontuários

Internações por acidentes cerebrovasculares	12	Estadísticas de saúde 2017
Internação por infarto agudo do miocárdio	8	Estadísticas de saúde 2017
Óbitos por acidentes cerebrovasculares	5	Estadísticas de saúde 2017
Óbitos por infarto agudo do miocárdio	3	Estadísticas de saúde 2017

**Fonte:** Autoria própria (2018).

## 6.2 Explicação do Problema (quarto passo)

Hoje em dia, a Obesidade é considerada uma doença e ao mesmo tempo um fator de risco para outras doenças crônicas com alto índice de morbimortalidade como a Hipertensão Arterial e a *Diabetes Mellitus*.

É um fenômeno global e a prevenção e as estratégias de tratamento devem ser aplicáveis em todas as regiões do mundo com o intuito de reduzir sua incidência e minimizar suas consequências. Na análise real do problema temos necessariamente que levar em consideração sua relação com outros problemas, é dizer aqueles sobre os quais se pode acionar mais diretamente impactando no problema prioritário e que são os denominados “nós críticos”.

## 6.3 Seleção de “Nós críticos” (quinto passo)

O nó crítico é definido com um fator causal de um problema, susceptível de se modificar, e que uma vez modificado gera impacto no problema principal permitindo transformá-lo. A grande prevalência da obesidade como fator de risco cardiovascular, que mais se associa a pacientes com doenças crônicas como a hipertensão e diabetes, e que aportam a maior quantidade de óbitos da área se deve aos seguintes nós críticos:

- Maus hábitos e estilos de vida da população;
- Baixo nível de informação e conscientização da população sobre o risco da obesidade para a saúde o que dificulta a aceitação das indicações medicas;
- Falta de espaços para desenvolver atividades educativas com grupos de risco de doenças crônicas e os já portadores de tais doenças pela maior atenção as demandas espontâneas.

#### 6.4 Desenho das Operações (sexto passo)

Utilizando como referência os nós críticos encontrados, foi elaborada uma proposta de intervenção visada a diminuir a obesidade como fator de risco cardiovascular associado a pacientes com doenças crônicas que são os que mais óbitos aportam a área.

As ações relativas a cada “no crítico” serão detalhadas no quadro que segue a continuação.

Quadro 8 - Desenho das operações para os “nós críticos”. Proposta de intervenção para redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da unidade básica de saúde “Gado Bravo” de São Sebastiao em Alagoas, 2018.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Maus hábitos e estilos de vida da população.	<p><b>Melhoremos nossa saúde.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar espaços educativos na comunidade para discussões em grupo com os usuários com vistas à promoção de estilos de vida e alimentação saudáveis.</li> <li>- Capacitar os ACS para educar os pacientes em visitas domiciliares.</li> </ul>	<p>Mudanças efetivas nos hábitos e estilos de vida da população.</p> <p>ACS capacitados</p>	<p>Pacientes com adesão a uma dieta saudável, à pratica regular de exercício físico, menos álcool e tabaco.</p> <p>ACS fazendo orientações claras e efetivas.</p>	<p><b>Estrutural:</b> espaços para o desenvolvimento das atividades.</p> <p><b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre obesidade, DCNT e conhecimento sobre dinâmica de grupos educativos.</p> <p><b>Organizacional:</b> definir a agenda de trabalho dos atores para o atendimento individual e em grupos.</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição de materiais audiovisuais educativos.</p> <p><b>Políticos:</b> para articulação intersetorial</p>
Baixo nível de informação e conscientização	<p><b>Mais Conhecimentos.</b></p>	<p>- Aumentar os conhecimentos sobre a</p>	<p>Aumentar conhecimentos da população</p>	<p><b>Estrutural:</b> espaços para divulgar e</p>

da população sobre o risco da obesidade para a saúde o que dificulta a aceitação das indicações medicas.	- Educar os pacientes sobre as causas e as consequências da obesidade para a saúde.  - Capacitar aos ACS sobre o tema.	obesidade como doença e como fator de risco para e associado a outras doenças crônicas.  - ACS capacitados	sobre o risco da obesidade para sua saúde e compromete-la com seus cuidados	colocar pôster informativo, folhetos, folhas sobre o tema. <b>Financeiro:</b> aquisição De materiais de Divulgação e meios Audiovisuais. <b>Políticos:</b> para articulação intersetorial.
Falta de espaços para desenvolver atividades educativas com os grupos de risco de doenças crônicas e já portadores de tais doenças pela maior atenção as demandas espontâneas.	<b>Juntos é possível</b>  Obter espaços para desenvolvimento de grupos operativos de pacientes obesos com doenças Crônicas.	Salas para grupos operativos.  Grupos operativos em atividade e com agenda programada.  Facilitar o trabalho educativo com estes grupos da população visando à melhora sua qualidade de vida	Diminuir a obesidade como fator agravante de doenças crônicas e causas de complicações cardiovasculares que diminuem os anos de vida da população	<b>Estrutural:</b> espaços adequados para desenvolver atividades grupais, insumos médicos para a classificação adequada dos pacientes e controle das doenças assim como materiais educativos para o trabalho com grupos. <b>Organizacional:</b> adequar agendas de trabalho dos atores implicados. <b>Cognitivo:</b> Conhecimentos

**Fonte:** Autoria própria (2018).

## 6.5 Identificação de recursos críticos

Para a análise da viabilidade do plano de intervenção proposto pela equipe, foi necessária a identificação dos recursos críticos. Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução das ações e que não estão disponíveis pelo que exige a criação de estratégias para viabilizá-los.

Quadro 9 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos, visada a redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da unidade básica de saúde “Gado Bravo” de São Sebastião em Alagoas, 2018.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>Melhoremos nossa saúde</b>	<b>Financeiro:</b> para a aquisição de materiais audiovisuais. <b>Políticos:</b> para a articulação intersetorial.
<b>Mais conhecimentos</b>	<b>Financeiro:</b> para aquisição de materiais de divulgação e meios audiovisuais. <b>Políticos:</b> para articulação intersetorial.
<b>Juntos é possível</b>	<b>Financeiro:</b> para aquisição dos materiais educativos e audiovisuais

Fonte: Autoria própria (2018)

## 6.6 Análise da viabilidade do plano de intervenção

Para garantir a viabilidade do plano procedeu-se a identificação dos atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em relação com as operações em questão, analisando a possibilidade ou não de ter que desenhar ações estratégicas para alcançar sua contribuição.

Quadro 10 - Propostas de ações para a motivação dos atores, para redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da unidade básica de Saúde “Gado Bravo” de São Sebastião em Alagoas, 2018.

<b>Operação/ projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>Melhoremos nossa saúde.</b>	<b>Financeiro:</b> para a aquisição de materiais audiovisuais. <b>Políticos:</b> para a articulação intersetorial.	Secretaria de Saúde.	Favorável	Apresentar e discutir o plano
		Secretaria de Saúde e de Educação.	Favorável	
<b>Mais conhecimentos</b>	<b>Financeiro:</b> para aquisição de materiais de divulgação e meios audiovisuais.	Secretaria de Saúde.	Favorável	Apresentar e discutir o plano
		Secretaria de Saúde e de Educação	Favorável	

	<b>Políticos:</b> para articulação intersetorial.			
<b>Juntos é Possível</b>	<b>Financeiro:</b> para aquisição dos materiais educativos e audiovisuais.	Secretaria de Saúde.	Favorável	Apresentar e discutir o plano

Fonte: Autoria própria (2018)

## 6.7 Elaboração do Plano Operativo

Definiu-se aqui os responsáveis de cada operação e o prazo no tempo para sua realização.

Quadro 11- Proposta de intervenção para a redução da obesidade em pacientes com doenças crônicas da unidade básica de saúde “Gado Bravo” de São Sebastião em Alagoas, 2018.

<b>Operação</b>	<b>Resultado</b>	<b>Produto</b>	<b>Ação estratégica</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Melhoremos nossa saúde.</b>	Mudanças em 10% dos hábitos e estilos de vida da população.	Dieta mais saudável. Prática regular de exercícios físicos.	Presentar e discutir o plano.	Enfermeira	03 meses para o início
<b>Mais conhecimento</b>	Aumentar os conhecimentos sobre obesidade como doença e como fator de risco para e associado a outras doenças crônicas.	Aumentar conhecimentos da população sobre o risco da obesidade para sua saúde e compromete-la com seus cuidados.	Presentar e discutir o plano.	Enfermeira	03 meses para o início das atividades.
<b>Juntos é possível.</b>	Facilitar o trabalho educativo com estes grupos da população visando a melhorar qualidade de vida.	Diminuir a obesidade como fator agravante de doenças crônicas e causa de complicações CVC que diminuem anos de vida da população.	Presentar e discutir o plano.	Enfermeira	03 meses par o início das atividades.

## **6.8 Gestão do Plano**

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais, de maneira que permitam fazer as correções de rumo necessárias para alcançar os objetivos desejados no menor tempo possível, cumprindo os prazos estabelecidos para sua execução. A gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos disponíveis, promover a comunicação entre planejadores e executores das ações estratégicas e conhecer o nível de satisfação da população com as mudanças ocorridas assim como atender a aparição de novas sugestões.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que uma política de saúde seja efetiva, é de vital importância que se criem medidas abrangentes com o intuito de diminuir o impacto negativo dos diferentes fatores de risco sobre uma população adscrita.

Em se tratando do combate à obesidade, as estratégias de enfrentamento devem estar voltadas para a promoção da alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, diminuição ou cessação do álcool e tabaco como ações visadas à diminuição ou controle das comorbidades.

Com base no trabalho, concluiu-se que:

- A obesidade apresenta grande incidência na área de abrangência da equipe, representando o fator de risco cardiovascular que mais se associa a outras doenças crônicas;
- A abordagem da obesidade deve partir do ponto de vista educacional, já que é essencial o conhecimento da doença e seus agravos;
- Embora o foco do presente trabalho seja a população obesa e com doenças crônicas, deve-se contemplar a promoção de hábitos de vida saudáveis desde a infância, pois, é neste período da vida que se semeiam os hábitos que serão levados para o futuro, fazendo com que, quando adultos sejam multiplicadores de bons hábitos, atuando direta ou indiretamente em questões ligadas à obesidade e suas consequências para a saúde;
- É fundamental o envolvimento e empenho da equipe de saúde para incentivar as mudanças de estilos de vida da comunidade sendo que o vínculo afetivo criado nessa interação seja um aspecto facilitador do projeto de intervenção;
- Para que o plano tenha bom sucesso se requer do envolvimento não só dos profissionais da saúde responsabilizados pela comunidade, mas também de envolvimento dos atores sociais e políticos local e municipal.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SINDROME METABOLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

BARROSO, T. A *et al.* Associação entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. **Int J Cardiovascr Sci** [on line], v.30, n.5 p. 416-424, 2017. Acesso em: 24 de junho de 2018.

BASTOS, M. V.; PEREIRA, M. A. M. **Obesidade Infantil**. 2008 [on line]. Disponível em: < <https://www.webartigos.com/artigos/obesidade-infantil/10247>>. Acesso em: 20 mai.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel, Brasil 2016. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, DF. 2017. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/100/5949633674659.pdf> >. Acesso em: 2 set.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014

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

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARLUCCI, E. M. S *et al.* Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comum. Ciências. Saúde**, v.4, n.24, p.375-384, out/dez, 2013. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade-sedentarismo.fatores-risco-cardiovascular.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade-sedentarismo.fatores-risco-cardiovascular.pdf). Acesso em 24 de junho de 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Olinda: [s.n.], 2004.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDADE (FLASO). Consenso Latino-Americano de obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia**

e **Metabologia** [on line], v.43, n.1, São Paulo, fev. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27301999000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000100006). Acesso em: 24 de junho de 2018.

FREIRE, R. S. *et al.* Prática regular de atividade física: Estudo de Base Populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Esporte**. v. 20, n. 5, p. 345-349, 2014. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00345.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00345.pdf). Acesso em: 24 de junho de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**, 2016 Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=alagoas|são sebastião>. Acesso em: 20 de maio. 2018.

LOPES, P. C. S.; PRADO, S.R. L.de A.; COLOMBO, P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 73-78, 2010.

MELO, M. E. Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela obesidade. **ABESO**, mai. 2011. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/28/5521afaf13cb9.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2018.

MARIE, N. G. *et al.* Prevalência global, regional e nacional de sobrepeso e obesidade em crianças e adultos de 1980 a 2013: uma análise sistemática. **Lancet**, v.384, n. 9945, p. 766-781, agosto, 2014. Acesso em: 24 de jun.2018.

MATUS, C. **Revista Espaço Acadêmico**, n.32, Janeiro/2004- Mensal-issn 1519-6186. 2004. Disponível em: [www.espaçoacademico.com.br/032/32ctoni.htm](http://www.espaçoacademico.com.br/032/32ctoni.htm). Acesso em: 2 de março de 2108.

NASCIMENTO, L. C. MENDES, I. J.M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um centro de saúde-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.10, n.4, p. 502-508, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php? =S010411692002000400006>>. Acesso em: 2 de março de 2018.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out. /dez., 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732004000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732004000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 2 de marco de 2018.

SÃO SEBASTIÃO. Alagoas. **História**. 2017. Disponível em: <https://www.saosebastiaoal.gov.br>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Obesidade-Introdução**. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/obesidade-introducao/>. Acesso em: 13 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: Obesity Technical Report Series, n.284, 2000. p. 256.