

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

LUCAS NASCIMENTO TAVARES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS COM SOBREPESO E
OBESIDADE NA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE TAQUARANA - ALAGOAS**

MACEIÓ-ALAGOAS

2017

LUCAS NASCIMENTO TAVARES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS COM SOBREPESO E
OBESIDADE NA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE TAQUARANA - ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro

**MACEIÓ-ALAGOAS
2017**

LUCAS NASCIMENTO TAVARES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS COM SOBREPESO E
OBESIDADE NA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE TAQUARANA - ALAGOAS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 24/01/2017

DEDICATÓRIA

A Deus por ter fornecido os recursos básicos para a formulação da vida,

À minha família, pelo apoio, incentivo e sacrifício, pois sem eles o caminho será muito mais complexo e complicado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter concebido minha participação nesta experiência.

A todos os professores aos quais tive contato, pois o conhecimento transmitido é o que une a humanidade.

A todos os meus amigos de curso, por todos os momentos de alegria, aprendizagem e discussões.

RESUMO

A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente, configurando-se atualmente como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população, do sedentarismo, da alimentação inadequada e do aumento da obesidade. Este trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta de ação para intervir na comunidade adscrita da Estratégia de Saúde da Família de Murici, Taquarana, município do estado de Alagoas. Objetivando conscientizar a população adscrita sobre a responsabilidade individual da prática de seus cuidados em saúde, como atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo, bem como a conscientização das consequências do sobrepeso e da obesidade e sua relação com o diabetes mellitus tipo 2. Empregando pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional e alguns conceitos preconizados por seus autores, foram definidos, priorizados e descritos os principais problemas; selecionados como “nós críticos”; planejou-se o desenho das operações a serem realizadas; identificaram-se os recursos críticos; analisou-se a viabilidade do Plano de Intervenção e assim, o plano operativo foi elaborado. Finalmente considerou-se que colocando em prática as estratégias recomendadas, será possível avançar no processo de saúde da comunidade.

Palavras chave: Obesidade. Sobrepeso. Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The prevalence of diabetes has been growing worldwide, and is nowadays an epidemic that results, in large part, from population aging, sedentary lifestyle, inadequate diet and increased obesity. This work aims to elaborate a proposal of action to intervene in the community attached to the Family Health Strategy of Murici, Taquarana, municipality of the state of Alagoas. Aiming to raise the awareness of the population on the individual responsibility for the practice of their health care, such as regular physical activity, adequate and healthy food and smoking, as well as awareness of the consequences of overweight and obesity and its relation to type diabetes mellitus 2. Using the assumptions of the Strategic Situational Planning (PES) and some concepts recommended by its authors, the main problems were defined, prioritized and described; Selected as "critical nodes"; The design of the operations to be carried out was planned; Critical resources have been identified; The viability of the Intervention Plan was analyzed and, thus, the operational plan was elaborated. Finally it was considered that putting the recommended strategies into practice, it will be possible to advance in the community health process.

Key words: Obesity. Overweight. Primary Care Health. Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISAO DE LITERATURA	17
6 PLANO DE AÇÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Taquarana é um município que está localizado na região central do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com os municípios de Belém, Igaci e Tanque D'Arca; ao sul com Limoeiro de Anadia; a leste com Tanque D'Arca e a oeste com Coité do Nóia. A área do município ocupa 166,48 km² (0,60% de Alagoas), inserida na Microrregião de Arapiraca e na Mesorregião do Agreste Alagoano. Encontra-se a uma distância de 111 km da capital do estado, Maceió. A população estimada foi de 19.020 habitantes em 2010 e a estimativa para o ano de 2015 foi de 19.080 habitantes (IBGE, 2010).

O município de Taquarana teve seu território desmembrado de Limoeiro de Anadia no dia 24 de agosto de 1962, marcado por uma história que teve início ainda em meados do século XVIII, partindo de uma fazenda de gado denominada de Cana Brava, pertencente a família Correia Paes. Como na maioria dos municípios alagoanos, o povoado se expandiu a partir de 1821, com a construção da matriz de Santa Cruz, num local já afastado da fazenda. Considerados também como fundadores, Luiz Carlos de Souza Barbosa, Antônio Paulino da Silva, Antônio Faustino da Silva Madeira e José Miguel Soares, com suas famílias, foram os primeiros habitantes. Ponto de passagem obrigatória, pela estratégica posição de proximidade com a estrada que ligava o sertão à capital, alcançou o progresso rapidamente. Em 1938 foi elevada à condição de vila, ainda pertencendo a Limoeiro de Anadia. A autonomia administrativa, porém, só veio em agosto de 1962, através da Lei 2.465, que também alterou o nome da cidade de Cana Brava dos Paes para Taquarana, por sugestão do bispo Dom Rômulo de Farias, arcebispo de Maceió.

A região central do município de Taquarana possui calçamento, enquanto a zona rural não possui. No Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB, 2013) em relação aos domicílios e o sistema de esgoto, demonstram que Taquarana apresentou um percentual nos quais três famílias, apenas, possuem redes pública de esgotos em suas residências (0,1%), 5.193 famílias com fossa séptica (97%) e 150 famílias possuem fossa a céu aberto (3,0%). Com um total de 5.150 famílias, sendo 2.070 em zona urbana e 3.080 em zona rural. Em relação aos domicílios 93,3% são construídos por tijolo, 5,1% são de taipa com revestimento e 1,6% de taipa sem revestimento (SIAB, 2013).

Em Taquarana no ano de 2010, 74,19% dos domicílios possuíam água encanada e 99,17 % dos domicílios possuem energia elétrica. Em relação à coleta de lixo nos domicílios urbanos a porcentagem é de 95,94% (IBGE, 2010)

Em relação aos aspectos socioeconômicos, as principais atividades econômicas são a agricultura, o comércio e serviços públicos. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Taquarana é de 0,541, a taxa de urbanização corresponde a 24,07%, a proporção de moradores que vivem abaixo da linha de pobreza é de 47,68% e a renda média familiar é de R\$724,00. É importante ressaltar que além da renda média, existem 2296 famílias que vivem do incentivo financeiro dos programas do Governo Federal, Bolsa Família (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Em relação à distribuição da população, no quadro 1, temos a comparação entre 2000 e 2010 (IBGE, 2010).

Quadro 1- Distribuição da população de Taquarana em relação à idade, ao sexo e à moradia, comparação entre 2000 e 2010

POPULAÇÃO	2000	%	2010	%
Área Urbana	4.371	25,64	7.314	38,45
Área Rural	12.657	74,36	11.706	61,55
Homens	8.369	49,10	9.237	48,56
Mulheres	8.677	50,00	9.783	51,44
Menos de 15 anos	6.287	36,88	5.624	29,57
15 a 64 anos	9.790	57,43	11.895	62,54
65 anos ou mais	969	5,68	1.501	7,89
População Total	17.046	100,0	19.020	100,0

A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 321,23% entre 2000 e 2010 e a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 613,00% entre 2000 e 2010. Entretanto em 2010 apenas 22,01% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 11,96% o ensino médio. Em Alagoas, 40,57% e 26,34% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em

função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 23,21% nas últimas duas décadas (IBGE, 2010).

Em relação às fontes de recursos financeiros para a saúde, Taquarana recebe os seguintes recursos (PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARANA, 2013):

- Fundo de Participação dos Municípios (FPM);
- Imposto sobre Serviço de Quaisquer Naturezas (ISSQN);
- Piso de Atenção Básica (PAB Fixo);
- Piso de Atenção Básica (PAB Variável);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Teto Financeiro de Epidemiologia Controle de Doenças (TFECD);
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária (PAB/VISA)
- Imposto sobre circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)

O sistema de saúde municipal possui organização hierarquizada dos serviços para a assistência à comunidade, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada aos serviços distribuídos nas 15 unidades da saúde, das quais oito são Estratégia Saúde da Família, sendo duas em zona urbana e seis na zona rural. Estas contam com quatro unidades de apoio. Há no município uma Unidade Mista, com atendimento 24 horas. Há um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por assistente social, fisioterapeutas, ginecologista, neuropediatra, nutricionista, psicólogos e psiquiatra. Existe ainda um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) modalidade 1, sendo definido como um CAPS com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, cujo foco são usuários adultos com transtornos mentais graves e persistentes, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Há um sistema de referência, porém não existem dados sobre contrarreferência. A cidade possui um laboratório de análises clínicas, uma clínica de odontologia, uma clínica de fisioterapia, escolas, uma creche, igrejas católicas e protestantes, centro de umbanda e uma farmácia central (ALAGOAS, 2014).

Em relação ao sistema de saúde local há um Conselho Municipal de Saúde composto por seis representantes de entidades de usuários do SUS, três representantes dos trabalhadores de saúde e três representantes do governo municipal. As reuniões são ordinárias e acontecem uma vez ao mês (ALAGOAS, 2014).

Há um sistema de referência, mas não existem informações sobre dados de contrarreferência. Porém, possui uma rede de média e alta complexidade, exames e especialistas não existentes são direcionados para outros municípios, como exemplo, Arapiraca e Maceió (ALAGOAS, 2014).

Com relação aos recursos humanos de saúde, o município dispõe de um total de 171 profissionais, selecionados por contrato temporário ou por regime estatutário (concurados). A carga horária semanal pode variar entre 20 e 40 horas. O horário de funcionamento acontece das 8hs às 12h e das 13hs às 17hs.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família de Murici atua em duas unidades na zona rural: a unidade de Murici e a de Olho d'Água. São unidades alocadas dentro da comunidade rural, sendo assim, longe do centro da cidade. A maior parte dos profissionais necessita do transporte fornecido pela prefeitura para chegar às unidades.

A unidade de saúde de Murici conta com: quatro agentes de saúde, uma técnica de enfermagem, uma agente administrativa, um motorista, uma enfermeira e um médico. A unidade de Olho d'Água conta com: três agentes de saúde e uma técnica de enfermagem, de forma fixa, porém necessitam do médico, a enfermeira e o motorista, acima citados, para realizar as outras atividades.

As unidades de saúde de Murici e de Olho d'Água possuem a mesma estrutura física, com áreas consideradas inadequadas para a realização das atividades, considerando a demanda e a população coberta. A recepção é pequena, não há cadeiras suficientes e, em horários de pico de atendimento, boa parte dos usuários fica fora das unidades. Não há um espaço para a realização de reuniões em grupo. Atividades em grupo são realizadas nas comunidades espalhadas pela zona rural. Em relação aos materiais de trabalho, temos carência de medicamentos, luvas de procedimento e há atraso no fornecimento das vacinas.

2 JUSTIFICATIVA

A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente, configurando-se como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. Contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. As hospitalizações atribuíveis ao diabetes mellitus representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde (ROSA; SCHMIDT, 2008).

A obesidade está frequentemente associada com a Síndrome Metabólica e é um importante fator de risco de evolução para o diabetes mellitus tipo 2 clínico. Todas as faixas etárias estão desenvolvendo diabetes, nas últimas décadas o aumento de sobrepeso e obesidade em crianças, adolescentes e adultos tem se tornado um sério problema de saúde pública mundial (ANDRADE; CLEMENTE; GOMES, 2005).

No Brasil, tem sido detectada a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade, não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes. Os maus hábitos alimentares estão associados a diversos prejuízos à saúde, entre eles, a obesidade, cujos índices têm crescido nas últimas décadas, como resultado de aumento no consumo de alimentos com alta densidade calórica e redução na atividade física, ocorrendo assim, um problema de saúde pública (TRICHES; GIUGLIANI, 2005).

A obesidade e o sobrepeso estão presentes na maioria dos clientes diabéticos tipo 2, sendo que sua prevalência varia dependendo de fatores genéticos e ambientais (educacionais e culturais) (CORRÊA *et al.*, 2003).

O diabetes mellitus é uma doença caracterizada por altas taxas de glicose e lipídios no sangue, essa glicose é transportada no sangue até as células pela insulina, onde será usada como fonte de energia. Quando se tem diabetes tipo II, o pâncreas não produz insulina suficiente, ou a insulina produzida não funciona adequadamente, com isso ocorre o aumento da quantidade de glicose no sangue (MELLO *et al.*, 2004).

O diagnóstico do diabetes requer exame de sangue como a glicemia de jejum ou, preferencialmente, teste de tolerância à glicose, o que dificulta sua realização em inquéritos. Assim, dados de prevalência de diabetes no Brasil são menos frequentes que os de hipertensão, pois a maior facilidade em verificar a hipertensão, além de ser uma doença mais prevalente no Brasil (BRASIL, 2006).

Nas prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, os itens V e VI, respectivamente, promoção de saúde e fortalecimento da atenção básica, possuem como objetivos: reduzir os níveis de sedentarismo na população, reduzir a prevalência do tabagismo e reduzir a internação hospitalar por diabetes mellitus no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

Então, é função da unidade de saúde a conscientização da população de referência sobre as consequências do sobrepeso e da obesidade e sua relação com o diabetes mellitus tipo 2 e a síndrome metabólica, atuando de forma preventiva e diagnóstica em relação ao diabetes mellitus tipo 2.

Diante do exposto, justifica-se a elaboração de um plano de intervenção que, se bem conduzido, poderá trazer benefícios para a qualidade de vida da população adscrita à Unidade de Atenção Básica de Murici do município de Taquarana, Alagoas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar uma proposta de ação para conscientizar a população adscrita sobre a responsabilidade individual da prática de atividade física regular e outras práticas de vida saudável.

3.2 Específicos

Atuar de forma preventiva para reduzir o sobrepeso e a obesidade.

Discutir sobre as consequências do sobrepeso e sua relação com o diabetes mellitus tipo 2.

Realizar exames de rotina preventivos seguindo a preconização do Ministério da Saúde.

Propor ações educativas sobre a importância da prática de alimentação saudável e de atividades físicas.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção foi construído a partir do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da unidade de saúde, empregando pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando identificar os principais problemas ocorridos na unidade. Foi apontado o problema priorizado e identificadas às principais causas de sua origem e estratégias de enfrentamento, utilizando o conceito de “nó crítico” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O diagnóstico situacional realizado na UBS Murici foi concebido por meio de análise da população adscrita realizada em reuniões com a equipe de saúde, sendo identificadas diversas situações problemas, dentre as quais se destacam: grande número de usuários com sobrepeso e obesidade; alimentação irregular; grande número de usuários sedentários; pouca informação e participação sobre prevenção em saúde; agravos decorrentes do trabalho rural que aumenta o número de sedentários.

A equipe de saúde, em reunião, discutiu e priorizou como problema a ser trabalhado, em primeiro lugar, o elevado número de usuários com sobrepeso e obesidade, bem como suas relações com o diabetes mellitus tipo 2.

Assim, com base no exposto, surgiu a necessidade de elaboração de uma proposta de intervenção para uma educação em saúde para pessoas com sobrepeso e obesidade, com o objetivo de conscientização da população adscrita sobre a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo, bem como a conscientização sobre as consequências do sobrepeso e da obesidade e suas relações com o diabetes mellitus tipo 2.

Para fundamentar o projeto foi realizada revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO) com os descritores constantes do Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Obesidade, Sobrepeso, Atenção Primária à Saúde e Diabetes mellitus tipo 2.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Diabetes mellitus tipo 2

Nos últimos 50 anos, observou-se um aumento universal na expectativa de vida do ser humano atribuído principalmente ao controle epidemiológico das doenças infecciosas, melhores condições de higiene e alimentação. Como consequência a esse conjunto de fatos as doenças crônicas não infecciosas, como o diabetes e as doenças cardiovasculares tiveram um aumento de prevalência (BANDEIRA; GRAF; FARIAS, 2008).

Atualmente, existem cerca de 120 milhões de diabéticos no planeta, e estima-se que no ano 2025 teremos aproximadamente 300 milhões, impactando seriamente as condições de saúde. Diversos estudos epidemiológicos mostram ainda que, a doença ocorre principalmente em adultos, em geral após os 40 anos de idade. Porém, todas as faixas etárias estão desenvolvendo diabetes, nas últimas décadas o aumento de sobrepeso e obesidade em crianças, adolescentes e adultos tem se tornado um sério problema de saúde pública mundial (VILAR; GADELHA; UNE, 2006).

O diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas, com etiologias diversas, caracterizado por hiperglicemia que resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células B, resistência periférica à insulina ou ambas (VILAR; GADELHA; UNE, 2006).

A resistência insulínica e/ou alterações no metabolismo glicídico é considerada fator determinante na definição de síndrome metabólica pela Organização Mundial de Saúde (OMS) associada a três ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial elevada $>130/85$ mmHg ou uso de anti-hipertensivo, dislipidemia (triglicérides $>$ ou igual 150 mg/dl e/ou HDL-colesterol < 50 mg/dl em homens e <40 mg/dl em mulheres), obesidade central (circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres), glicemia de jejum acima ou igual a 100 mg/dl ou presença de diabetes (SALAROLI; BARBOSA; MILL, 2007)

Num estado de resistência à insulina, os adipócitos que armazenam os ácidos graxos livres sob a forma de triglicerídeos pela ação da enzima lipase lipoprotéica perde a capacidade de lipogênese e aumenta a atividade lipolítica. A gordura

visceral é, caracteristicamente, composta de adipócitos grandes, pouco proliferativos, mais resistentes à insulina e mais susceptíveis a lipólise. Com isso, proporciona um aumento do fluxo de ácidos graxos livres em direção ao fígado pela circulação esplênica, o que tem um importante impacto sobre as principais características da síndrome metabólica. Além disso, o hiperfluxo de ácidos graxos livres culmina com aumento do depósito em tecidos, como músculo e, eventualmente, pâncreas. A gordura periférica tem características inversas, sendo composta de adipócitos pequenos, mas proliferativos, com maior capacidade de armazenamento de ácidos graxos livres, mais sensíveis à insulina e menos lipolíticos. Por fim, em clientes com aumento de gordura periférica, a liberação de ácidos graxos livres ocorrem predominantemente na circulação periférica, sendo o fígado poupado de seus efeitos diretos (CORRÊA *et al.*, 2003).

O desenvolvimento da resistência à insulina pode ser decorrente do excesso de ácidos graxos livres. No músculo, os ácidos graxos livres interferem na cascata de ativação do receptor da insulina através da inativação de algumas proteinoquinases. No fígado, quanto maior a gordura, maior a resistência à insulina e menor a inibição da produção de glicose pela insulina. O resultado é a maior produção de glicose hepática. Os ácidos graxos livres também são os principais responsáveis pela dislipidemia da síndrome metabólica, caracterizada pela hipertrigliceridemia, colesterol HDL baixo e partículas de LDL pequenas e densas (VILAR; GADELHA; UNE, 2006).

5.2 Sobrepeso e obesidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis pode ser fortemente atribuído ao sedentarismo, juntamente com a adoção de dietas desequilibradas, as quais se popularizaram em todo o mundo, incluindo o Brasil, a partir da segunda metade do século XX. Este cenário não é exclusivo dos países desenvolvidos, já que o perfil de morbimortalidade do Brasil é indicativo de que os hábitos alimentares e estilo de vida da população vêm colaborando fortemente para as mudanças no perfil epidemiológico. Desta forma, a síndrome metabólica ganha importância por ser considerada um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores

usualmente relacionado à deposição central de gordura e à resistência à insulina, contribuindo, assim, com o aumento do risco de desenvolvimento das síndromes coronarianas agudas e diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004).

No Brasil, tem sido detectada a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade, não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes. Os maus hábitos alimentares estão associados a diversos prejuízos à saúde, entre eles, a obesidade, cujos índices têm crescido nas últimas décadas, como resultado de aumento no consumo de alimentos com alta densidade calórica e redução na atividade física, ocorrendo assim, um problema de saúde pública (TRICHES; GIUGLIANI, 2005).

A obesidade acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos, como exemplo, dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, Diabetes Não-Insulino-Dependente (Diabetes Tipo 2) e certos tipos de câncer. Contudo, o grau de excesso de gordura, sua distribuição corpórea e as consequências para a saúde apresentam variação entre os obesos. (MONTEIRO; CONDE, 1999). Estima-se que 80% dos usuários com diabetes mellitus tipo 2 apresentam obesidade ou excesso de peso (TORRES, 2004).

Em estudos de populações, o Índice de Massa Corporal (definido pelo peso em kg dividido pela altura em metros quadrados) torna-se medida útil para avaliar o excesso de gordura corporal, sendo consensual admitir que, independentemente de sexo e idade, adultos com IMC igual ou superior a 25 e a 30kg/m² devem ser classificados, respectivamente, como sobrepesos e obesos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

5.3 Atenção primária à saúde

É importante a conscientização de que o quadro epidemiológico nutricional do Brasil por tratar de uma conjunção de fatores, deve gerar estratégias de saúde pública capazes de dar conta de um modelo de atenção voltado para os casos de obesidade

na perspectiva de prevenção da produção social de doença; tal modelo deve integrar as consequências e interfaces das políticas econômicas ao processo de adoecer e morrer das populações. A emergência da obesidade e sua inserção nas doenças crônicas não transmissíveis tornam clara a necessidade de um modelo de atenção à saúde, capaz de contemplar e integrar ações eficazes para seu controle e prevenção (LESSA, 1998).

Entendemos ser função da unidade de saúde a conscientização da população de referência sobre as consequências do sobrepeso e da obesidade e sua relação com o diabetes mellitus tipo 2 e a síndrome metabólica, atuando de forma preventiva e diagnóstica em relação ao diabetes mellitus tipo 2.

Diante do exposto, o plano de intervenção bem conduzido poderá trazer benefícios para a qualidade de vida da população adscrita à unidade de atenção básica de Murici do município de Taquarana, Alagoas.

6 PLANO DE AÇÃO

A proposta de intervenção permite analisar os problemas mais importantes de cada nó crítico. A partir do conhecimento de cada “nó crítico” e de sua caracterização, fica mais fácil adotar medidas que contribuam para a resolução desses problemas. A realização dessas medidas poderá proporcionar a conscientização da população adscrita sobre a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo, bem como a conscientização sobre as consequências do sobrepeso e obesidade e sua relação com o diabetes mellitus tipo 2 e a síndrome metabólica.

Abaixo temos os quadros referentes as estratégias quanto aos nós críticos.

Quadro 2 – Desenho da operação sobre a dificuldade para realizar reuniões na unidade de saúde no PSF Murici, em Taquarana, Alagoas.

Nó crítico 1	Dificuldade para realizar reuniões na unidade de saúde
Operação/ Projeto	“Nossa comunidade”
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar à população quanto a importância das reuniões em cada sítio, para termos maior número de participantes e assim um impacto mais efetivo no conjunto; - Fortalecer o vínculo entre os usuários e o serviço de saúde.
Produtos esperados	- Reunião com os atores envolvidos e usuários da comunidade;
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: capacitação da equipe para convidar os usuários para as reuniões. - Organizacional: adequar os espaços para as reuniões. - Financeiro: recursos para adequar à estrutura física (cadeiras, ventilador). - Político: mobilização dos principais líderes das comunidades para buscar maior contato com a população; mobilizar os donos das casas com melhor infraestrutura para as reuniões; demonstrar a importância do projeto aos participantes.

Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: recursos para realizar a estrutura física (cadeiras e ventilador). - Político: mobilização dos principais líderes das comunidades para buscar maior contato com a população; Mobilizar os donos das casas com melhor infraestrutura para as reuniões.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Financeiro: Secretaria Municipal de saúde - Político: Unidade Básica de Saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto
Responsáveis	Médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
Cronograma / Prazo	2º mês do projeto
Gestão, acompanhamento e avaliação	O plano será gerido e acompanhado pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde. As avaliações serão feitas mensalmente nas reuniões organizativas da unidade.

Quadro 3 – Desenho da Operação sobre pouca informação e participação em prevenção em saúde no PSF Murici, em Taquarana, Alagoas.

Nó crítico 1	Pouca informação e participação em prevenção em saúde
Operação/ Projeto	“Saúde com você”
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Conscientização da população de referência sobre a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo, bem como conscientização sobre as consequências do sobrepeso e da obesidade e sua relação com o diabetes mellitus e a síndrome metabólica; - Atuar de forma preventiva para reduzir o sobrepeso e a obesidade; - Realizar exames de rotina preventivos seguindo a preconização d Ministério da Saúde; - Produção de materiais impressos.
Produtos esperados	- Reunião com os atores envolvidos e usuários da comunidade;
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e outros profissionais da saúde.
Recursos	- Cognitivo: capacitação da equipe para realizar abordagem demonstrando a importância da prevenção; realização de materiais

necessários	<p>impressos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: realizar as reuniões com temas de interesse dos participantes, fazendo exercícios físicos e, caso necessário, solicitação de exames complementares. - Político: articular com a secretaria de saúde a ida para as reuniões de profissionais não disponíveis na unidade, entre eles, terapeuta ocupacional e educador físico. - Financeiro: recursos para realizar os materiais impressos.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Político: articular com a secretaria de saúde a ida para as reuniões de profissionais não disponíveis na unidade, entre eles, terapeuta ocupacional e educador físico. - Financeiro: recursos para realizar os materiais impressos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Político: Secretaria Municipal de Saúde - Financeiro: Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto
Responsáveis	Médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
Cronograma / Prazo	3º mês do projeto
Gestão, acompanhamento e avaliação	O plano será gerido e acompanhado pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde. As avaliações serão feitas mensalmente nas reuniões organizativas da unidade.

Quadro 4 – Desenho da Operação sobre a atividade laboral dos clientes do PSF Murici, em Taquarana, Alagoas.

Nó crítico 1	Atividade laboral dos clientes
Operação/ Projeto	Trabalho ok
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de complicações decorrentes de exercícios repetitivos das atividades laborais rurais; - Conscientização sobre condições de trabalho e redução de danos; - Demonstrar que problemas decorrentes do trabalho rural podem aumentar o número de usuários sedentários.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de palestras educativas sobre condições de trabalho e como reduzir riscos.
Atores sociais/	Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agente comunitário de

responsabilidades	saúde e outros profissionais da saúde.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: Montar estratégia de comunicação voltada para o público para que realizem e sejam multiplicadores do conhecimento. - Organizacional: Realizar treinamento da equipe de saúde voltado a temática do projeto. - Financeiro: Solicitar à secretaria disponibilização de profissionais com conhecimento sobre o tema do projeto. - Político: Articulação com os líderes comunitários e os proprietários dos imóveis com melhor estrutura.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: Realizar treinamento da equipe de saúde voltado à temática do projeto. - Financeiro: Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde disponibilização de profissionais com conhecimento sobre o tema do projeto.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> -Organizacional: Secretaria Municipal de Saúde e Unidade Básica de Saúde - Financeiro: Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto
Responsáveis:	Médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
Cronograma / Prazo	Do 3º ao 5º mês do projeto
Gestão, acompanhamento e avaliação	O plano será gerido e acompanhado pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde. As avaliações serão feitas mensalmente nas reuniões organizativas da unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da educação em saúde para pessoas com sobrepeso e obesidade, o presente trabalho destaca a importância de abordar este tema nas reuniões com os usuários, pois o excesso de peso acarreta diversos prejuízos à saúde dos indivíduos, além de ser uma condição potencialmente evitável.

O presente projeto tem como objetivo a conscientização da comunidade para que cada indivíduo se empodere de seus cuidados de saúde e atue como multiplicador de conhecimentos sobre saúde. O complexo entrelaçar de interações na comunidade deve ser visto com muita importância, cada indivíduo pode influenciar muitos outros, criando assim uma comunidade mais permeável a uma cultura de educação em saúde.

Abordar esta temática nas reuniões realizadas nos sítios irá aproximar os usuários da unidade de saúde, bem como ampliar a quantidade de conhecimento e reflexão sobre diversos temas relacionados a sua saúde e a saúde de seus familiares.

Neste sentido busca-se a sensibilização sobre as situações de riscos que podem estar vinculados ao sobrepeso e a obesidade, como exemplo, o sedentarismo e a alimentação irregular, mostrando que há maior incidência de diabetes mellitus tipo 2 nestes clientes.

É função da unidade de saúde a conscientização da população de referência sobre fatores de riscos e realização de medidas de prevenção e diagnóstico dos agravos a saúde de cada usuário. Realizando um Planejamento Estratégico Situacional e um diagnóstico situacional para atuar de forma estruturada nas situações encontradas em sua área de abrangência, bem como a inter-relação com outras unidades e outros setores da saúde para formar parcerias e distribuir experiências.

Realizamos este projeto para avançar no processo de saúde em nossa comunidade, temos o compromisso de ajudar a fomentar novos estilos de vida para diminuir a taxa crescente de sobrepeso e obesidade, bem como os casos de diabetes mellitus tipo 2.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Taquarana. **Plano Municipal de Saúde**. Taquarana, Alagoas, 2014.

ANDRADE, C.R.; CLEMENTE, E. L.; GOMES, M. B. Body adiposity and its influence on clinical and metabolic parameters of patients with type 1 diabetes. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia**. v. 48, n.6, p. 885-9, Dec. 2004.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>, acessado em 20 de Outubro de 2016.

BANDEIRA, F.; GRAF, H.; FARIAS, M. **Endocrinologia e Diabetes**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Política Nacional de Atenção Básica. **Normas e Manuais Técnicos, Serie Pactos pela Vida**. v.4. Brasília: Ministério da Saúde, 60p. 2006.

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

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

CORRÊA, F. H. S. *et al.* Influência da Gordura Corporal no Controle Clínico e Metabólico de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 47, n. 1, p. 62-68. Fev. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE Cidades**. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>, acessado em 20 de Outubro de 2016.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 284p. 1998.

MELLO, *et al.* Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudanças de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. V.I 80, n. 6,p. xxx, 2004.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** v.43, n.3, p. 186-94,1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARANA. O **município**, 2015. Disponível em: <http://www.taquarana.al.gov.br/>, acessado em 20 de Outubro de 2016.

ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999- 2001. **Epidemiol Serv Saude.** v.17, n. 2, p.131-4, 2008.

SALAROLI, L. B.; BARBOSA, G.C.; MILL, J.G. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES – Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 51, n. 7, p. 1143-52, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA- SIAB. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>, acessado em 20 de Outubro de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I **Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica e Hipertensão.**v.7, n.4, p. 27. 2004.

TORRES, H.C. **Avaliação de um programa educativo em diabetes mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG** tese (doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E.R.J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo. v. 39, n. 4, p. 541-547. 2005.

VILAR, L.; GADELHA, M. R.; UNE, K. (ed.). Avaliação diagnóstica da hiperprolactinemia. **Endocrinologia clínica**, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998.