

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
VANESSA DE SOUZA STEIN

**CONCEITOS DE PROMOÇÃO A SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE
PREVENÇÃO APLICADOS EM COMUNIDADE RURAL DO SUL DO BRASIL**

Canguçu

2017

VANESSA DE SOUZA STEIN

**CONCEITOS DE PROMOÇÃO A SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE
PREVENÇÃO APLICADOS EM COMUNIDADE RURAL DO SUL DO BRASIL**

Portfólio apresentado à UNASUS/UFSCPA,
como requisito parcial para conclusão do
Curso de Especialização em Saúde da
Família.

Orientadora: Ana Amélia Nascimento da
Silva Bones, Mestre em Ensino na Saúde
pela UFCSPA.

Canguçu

2017

RESUMO

O município de Canguçu, local de desenvolvimento deste portfólio, conta com população aproximada de 55 mil habitantes, dos quais 63% residem em zona rural. Diante deste desafio, durante 12 meses – iniciados no mês de maio de 2016 – foram instaladas ações visando maior coordenação sob os cuidados de saúde da população residente no 3º Distrito desta cidade. Neste período, a equipe que desenvolveu as atividades nestas unidades básicas tradicionais contava com apenas três profissionais (médica, odontóloga e técnico em enfermagem) e fundamentou a atuação através do Pacto pela Saúde. Criou-se, então, agenda mensal de atendimentos, se recadastrou os usuários através de atualização de prontuários e realizou-se busca ativa de novos indivíduos de todas as faixas etárias. Esta busca ativa dos indivíduos residentes na área foi fundamental para identificação das necessidades da população e possibilitou a instalação efetiva de cuidados de saúde em caráter integral e longitudinal. Destaca-se também, em anexo projeto de intervenção teórico desenvolvido para aplicação nesta área, motivado pela taxa de sobrepeso e obesidade encontrada nos usuários das unidades (38%) intitulado “Enfrentando a obesidade em população rural do sul do Brasil”.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Obesidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	CASO CLÍNICO	07
3	PROMOÇÃO A SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	10
4	ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	15
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	18
6	REFERENCIAIS TEÓRICOS	19
	ANEXO 1	21
	ANEXO 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	22

1. INTRODUÇÃO

Apresenta-se este portfólio como trabalho de conclusão de curso de especialização em Saúde da família, cursado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). O desenvolvimento deste TCC é responsabilidade de Vanessa de Souza Stein, médica alocada na cidade de Canguçu – RS, pelo PROVAB, entre os meses de maio de 2016 e maio de 2017. Formada em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas no ano de 2015, a profissional designada à atenção primária no 3º distrito desta cidade, trabalhou por breve período anterior em atenção básica, desenvolvendo a maioria de suas atividades profissionais em serviços de emergência.

O município de Canguçu possui população aproximada de 55 mil habitantes, sendo a maioria destes moradores da zona rural – apenas 37% da população é residente da zona urbana (IBGE, 2010) – cuja atenção primária é dividida em unidades básicas de saúde e unidades de estratégia de saúde da família. No 3º distrito, localidade de desenvolvimento deste portfólio, a equipe atuante conta com Odontóloga, Técnico em enfermagem e Médica, sendo os atendimentos de saúde realizados durante quatro dias da semana, em cinco unidades diferentes: três unidades com regime de atendimento semanal, duas unidades com regime de atendimento quinzenal. Configura-se, portanto, uma equipe de atendimento itinerante, cujo território de atuação é amplo e a população abrangente não é conhecida em sua totalidade – estimada entre 6 e 8 mil habitantes - pois não há qualquer processo de adscrição de clientela nestas unidades. Duas destas unidades funcionam em anexo a associações comunitárias e em todas as unidades a higiene da estrutura é mantida pela própria comunidade, sendo os espaços coletivos divididos entre equipe e população atendida. Destaca-se também que as unidades encontram-se, em média, localizada há 40 quilômetros do centro da cidade de Canguçu, sendo o deslocamento dos pacientes e equipe um desafio diário.

A principal atividade desenvolvida pelas famílias residentes desta área é a agricultura familiar, sendo o plantio do Fumo e da Soja os principais contingentes cultivados. Adiciona-se a este perfil, a baixa escolaridade dos adultos e idosos, em contrapartida as taxas de natalidade no município estão em franca redução, apresentando queda de 30% entre os anos de 2001 e 2010. Destaca-se também que há grande número relativo de jovens gestantes no município e na zona de

atuação da equipe, configurando a gestação na adolescência um problema de saúde do município – cerca de 20% das mães apresentam entre 10 e 19 anos (CANGUÇU, 2011).

Relacionada à demanda dos serviços de saúde, a maioria dos pacientes busca atendimento médico para cuidados continuados, sendo a faixa etária que mais frequenta as unidades de saúde desta localidade entre 50 e 65 anos. Os motivos mais frequentes de consulta médica são por atenção à saúde mental, hipertensão e diabetes, nesta ordem. Estima-se também que nesta população haja uma taxa de sobrepeso e obesidade geral em torno de 38% - 46% das mulheres; 24% dos homens (STEIN, 2016) – sendo este tema motivador do projeto de intervenção anexado a este trabalho de conclusão. O projeto teve como título: Enfrentando a obesidade em população rural do Sul do Brasil e apresentou proposta de abordagem multidisciplinar de combate e prevenção à obesidade em população adulta residente da área de atuação da equipe de saúde do 3º distrito.

Não há dúvidas que o trabalho desenvolvido na localidade na qual este portfólio se fundamenta é desafiante. Porém, a busca por melhorias no atendimento à população e por maior vigilância sobre as ações instituídas é motivadora na abordagem dos temas deste portfólio, bem como de seu anexo teórico desenvolvido para aplicação específica nesta área com tamanhas peculiaridades.

2. CASO CLÍNICO

Projeta-se a existência de aproximadamente 2,16 bilhões de adultos com sobrepeso e 1,12 bilhões com obesidade no mundo em 2030 (KASTORINI *et al.*, 2011). Por este motivo, enfrentar a obesidade e suas comorbidades é um compromisso de saúde cotidiano e que deve ser aprimorado por toda equipe de Atenção Primária a Saúde.

Neste contexto, cita-se um caso de paciente do sexo feminino, E.S.B., 29 anos, casada, do lar, que se apresentou na primeira consulta médica de UBS do 3º distrito de Canguçu em maio de 2016. O motivo da consulta era avaliação de exames laboratoriais solicitados anteriormente e reavaliação do uso de estatina (Sinvastatina 20mg, um comprimido à noite). Prescrita há cerca de 180 dias, medicação havia sido indicada para controle de hipercolesterolemia isolada – identificada em exame do ano de 2015 – e paciente não havia retornado à consulta desde a data de início do tratamento.

Ao avaliar indivíduo durante a consulta, foram identificadas outras situações com necessidade de abordagem, como por exemplo, a presença de IMC igual a 30,92 (altura = 1,58m; peso = 77,0kg) e circunferência abdominal medindo 0,97m. Os exames laboratoriais demonstravam Colesterol total igual a 301, LDL mensurado em 207, HDL igual a 49, Triglicerídeos totais 224, além de Glicemia de Jejum igual a 108mg/dl. Indivíduo tinha rotina sedentária, associada a maus hábitos alimentares – ingesta excessiva de carboidratos, doces e gorduras, concomitante com baixa ingesta proteica. Não havia histórico familiar de doença cardiovascular e no exame físico os demais aspectos avaliados durante a consulta como frequência cardíaca, pressão arterial, exame da tireoide e ausculta cardíaca estavam dentro do padrão da normalidade.

Enquadrada, portanto, nos diagnósticos de Intolerância à glicose (BRASIL, 2016), Síndrome Metabólica (BRASIL, 2005 & MCKINNEY, 2013) e Obesidade (BRASIL, 2006 & MCKINNEY, 2013), a paciente foi abordada de modo a iniciar Mudança de Estilo de Vida (Abordagem não farmacológica) objetivando a perda de peso, e consequente redução do risco cardiovascular (SATISH *et al.*, 2002), visto que a obesidade é doença associada a todas as demais condições apresentadas neste caso. Encaminhada a Nutrologia e orientada a realizar 150 minutos de atividades físicas semanais (BRASIL, 2014 & MCKINNEY, 2013) – fracionadas de

acordo com a capacidade física daquele momento, porém objetivando exercícios de moderada intensidade – paciente foi orientada a retornar mensalmente à UBS para aconselhamentos de saúde e pesagem. Desta maneira, novos exames laboratoriais para acompanhamento de saúde foram programados após seis meses de instalação do tratamento não-farmacológico.

Durante os meses subsequentes, E.S.B. retornou para as pesagens mensais, apresentando perdas de peso variáveis:

DATA	PESO(kg)
Maio/2016	77,000
Junho/2016	74,700
Julho/2016	73,100
Agosto/2016	71,600
Setembro/2016	70,800
Outubro/2016	70,000
Novembro/2016	68,900

Tabela 1: Pesagens mensais

A tabela 1 expõe significativa perda de peso (10,51%) conquistada nos primeiros seis meses de acompanhamento da paciente deste caso. Ao retornar para consulta com exames laboratoriais em novembro de 2016 e para acompanhamento de comorbidades apresentadas, o exame físico revelou IMC igual a 27,67 e circunferência abdominal medindo 0,88m. Os exames laboratoriais corroboraram com a mudança dos hábitos reveladas pela paciente: glicemia de jejum igual a 99mg/dl, Colesterol total mensurado em 246 (LDL = 155; HDL = 55) e triglicerídeos totalizando 180. Deste modo, o único diagnóstico apresentado neste segundo momento de avaliação foi de Sobrepeso.

Exemplifica-se com o caso citado acima, que a abordagem multidisciplinar na APS, associada ao trabalho aproximado do paciente pode, apesar de dificuldades estruturais enfrentadas, sedimentar bons resultados por vezes isolados às evidências científicas. Deve-se lembrar que os atendimentos da equipe desta UBS são feitos de forma itinerante, e que o indivíduo implicado é moradora da zona rural do município de Canguçu e, portanto, não dispõem de acesso à locais de prática

esportiva orientada como habitua-se os centros urbanos. Fato este, que nos motiva ainda mais para a aproximação e atendimento centrado no indivíduo.

3. PROMOÇÃO A SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

No ano de 2006 foi definida, através do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), nova política nacional de Atenção Básica, visando à ampliação da cobertura por intermédio da alocação das equipes de estratégia de Saúde da Família. Entre os princípios gerais da nova política, firmou-se que a estratégia de Saúde da Família atuaria em caráter substitutivo à Atenção Primária tradicional e, além disso, deveria (BRASIL, 2006, p.20):

“II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;

e

V - ser um espaço de construção de cidadania.”

Dadas essas atribuições, bem como outras prioridades traçadas no pacto pela vida (promoção à saúde, redução da mortalidade Infantil e Materna e compleição à Saúde do Idoso) e considerando os princípios principais da Atenção Básica, a realidade apresentada pela Unidade Básica de Saúde(UBS) do 3º Distrito da cidade de Canguçu é extremamente defasada e ineficaz em suas ações, porém na data presente da elaboração deste trabalho encontra-se em situação melhor relacionada ao ano anterior de atuação da equipe.

Ao ingressar na equipe (composta apenas por técnico de enfermagem e odontóloga) desta unidade no mês de maio do ano de 2016, toda forma de atendimento era realizado em regime de livre demanda, de acordo com as necessidades diárias dos indivíduos. Não havia e até este momento não há, neste território, processo de adscrição de clientela. Além disso, a população estimada de abrangência aproxima-se de 8 mil indivíduos. Não havia, naquele momento, qualquer coordenação nas ações de saúde por parte da equipe local ou quaisquer ações programadas em desenvolvimento. Soma-se a isso, o fato da equipe trabalhar em cinco unidades básicas em localidades diferentes no 3º distrito, tornando as ações longitudinais difíceis.

Destaca-se também que a cidade de Canguçu apresenta aproximadamente 60% de sua população residente em zona rural (IBGE, 2010), com vasto território de abrangência e amplas dificuldades em estabelecer cobertura em atendimento de saúde. Existem diversas peculiaridades reveladas por esta ruralização populacional, porém uma destas deve ser ressaltada neste caso: atendimentos de ginecológicos e obstétricos (incluindo toda rotina pré-natal) e pediátricos (não voltados à puericultura) ocorrem em uma unidade localizada no centro da cidade, independente da origem geográfica do indivíduo dentro do município. Estes atendimentos ocorrem em regime de referência através das UBS, mas também em livre demanda – principalmente no pronto atendimento pediátrico – confundindo o usuário sobre a utilização adequada do serviço. Este é um entrave significativo para a vinculação materno-infantil às UBS.

Diante do exposto, a partir do mês de maio de 2016 foram implementadas medidas para tornar o atendimento realizado pela equipe do 3º distrito mais abrangente e, principalmente, buscando maior coordenação das ações de saúde, longitudinalidade, integralidade e enfoque familiar, sem que a unidade perdesse sua principal característica, até o momento, de porta de entrada ao Sistema Único de Saúde.

A primeira medida coordenada pela equipe gerou a organização de uma agenda de atendimentos e rotina de funcionamento da UBS. Estabeleceu-se número de consultas determinadas em livre demanda (consultas dia), número de consultas agendadas, os dias corretos para realização de visitas domiciliares rotineiras e os dias corretos para retirada de medicações na Unidade Básica de cada localidade deste distrito.

SEMANA 1				
<i>Dial</i>	<i>Segunda-feira</i>	<i>Terça-feira</i>	<i>Quarta-feira</i>	<i>Quinta-feira</i>
Unidade	(Ubs Faxinal I)	(Ubs-Faxinal II)	(Ubs Paraíso)	(Ubs Coxilha do Fogo)

Manhã	4 consultas agendadas 6 consultas dia	4 consultas agendadas 6 consultas dia	10 Consultas dia	4 consultas agendadas 6 consultas dia
Tarde	4 consultas dia Visitas domiciliares Discussão de casos	4 consultas dia Visitas domiciliares Discussão de casos	8 consultas dia	4 consultas dia Visitas domiciliares Discussão de casos
SEMANA 2				
<i>Dia/</i>	<i>Segunda-feira</i>	<i>Terça-feira</i>	<i>Quarta-feira</i>	<i>Quinta-feira</i>
Unidade	(Ubs Faxinal I)	(Ubs-Faxinal II)	(Ubs Arvorito)	(Ubs Coxilha do Fogo)
Manhã	4 consultas agendadas 6 consultas dia	4 consultas agendadas 6 consultas dia	10 Consultas dia	4 consultas agendadas 6 consultas dia
Tarde	8 consultas dia	8 consultas dia	8 consultas dia	8 consultas dia
SEMANA 3				
<i>Dia/</i>	<i>Segunda-feira</i>	<i>Terça-feira</i>	<i>Quarta-feira</i>	<i>Quinta-feira</i>
Unidade	(Ubs Faxinal I)	(Ubs-Faxinal II)	(Ubs Paraíso)	(Ubs Coxilha do Fogo)
Manhã	4 consultas agendadas	4 consultas agendadas	10 Consultas dia	4 consultas agendadas

	6 consultas dia	6 consultas dia		6 consultas dia
Tarde	8 consultas dia	8 consultas dia	8 consultas dia	8 consultas dia
SEMANA 4				
<i>Dia/</i>	<i>Segunda-feira</i>	<i>Terça-feira</i>	<i>Quarta-feira</i>	<i>Quinta-feira</i>
Unidade	(Ubs Faxinal I)	(Ubs-Faxinal II)	(Ubs Arvorito)	(Ubs Coxilha do Fogo)
Manhã	Renovação de receitas e distribuição de medicações na unidade	Renovação de receitas e distribuição de medicações na unidade	10 Consultas dia	Renovação de receitas e distribuição de medicações na unidade
Tarde	Renovação de receitas e distribuição de medicações na unidade 4 consultas dia/acolhimento	Renovação de receitas e distribuição de medicações na unidade 4 consultas dia/acolhimento	8 consultas dia	Renovação de receitas e distribuição de medicações na unidade 4 consultas dia/acolhimento

Tabela 2: Agenda mensal de funcionamento de equipe.

A segunda medida coordenada pela equipe objetivou a atualização dos cadastros dos usuários frequentes e captação de novos usuários através de vínculos familiares. Realizou-se desta maneira atualização através de folha de rosto (**ANEXO 1**) preenchida pela equipe durante atendimentos de saúde na unidade e solicitação para que os indivíduos domiciliados em mesmo endereço daquele atendido, se dirigissem até a unidade para cadastramento. Neste momento, o indivíduo fornecia endereço para visita domiciliar que seria realizada de acordo com a agenda caso os

indivíduos não comparecessem para atualização ou houvesse alguma necessidade específica naquele domicílio.

A terceira etapa desenvolvida foi iniciada em agosto – sem que as outras etapas fossem abandonadas - e compreendeu a reavaliação de pacientes em qualquer faixa etária em tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e usuários de medicações utilizadas em Saúde Mental. Os indivíduos portadores destas condições que buscaram a unidade por outros motivos, tiveram consulta médica agendada para avaliação de saúde. Neste momento também foi iniciado processo de avaliação nutricional de todas as crianças menores de 12 anos na unidade (através de medidas de peso, altura e cálculo do IMC) e sua adequação em relação aos padrões apresentados nas curvas da OMS 2006-2007 (PORTAL DA SAÚDE, s/d). As curvas anexadas aos prontuários foram Peso x Idade, Comprimento/Estatura x Idade e IMC x Idade – pertinentes ao sexo. Estas crianças obtiveram consulta médica agendada para avaliação de saúde e início de cuidado continuado, totalizando 112 indivíduos captados entre os meses de agosto de 2016 e janeiro (inclusive) de 2017.

Frente aos desafios enfrentados pela equipe desta unidade, as medidas iniciadas até o momento são consonantes com o desejo de um atendimento de saúde integral e longitudinal, buscando a compleição plena dos princípios da atenção básica. Neste caso, o desconhecimento da área abrangente e dos indivíduos em foco (territorialização e adscrição de clientela inexistentes) são empecilhos primordiais para melhor prestação de serviços de saúde nesta localidade. É necessário também que haja complementação profissional para que a equipe possa desempenhar papéis multidisciplinares e tenha capacidade de gerir ações preventivas efetivas.

4. ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Apontada como processo fundamental na humanização do atendimento aos usuários e especificamente aos Idosos e seus cuidadores, a atenção domiciliar demanda importante organização do processo de trabalho para desempenho ideal de sua função. Os objetivos primordiais da atenção domiciliar no SUS estão voltados à desospitalização e a redução de complicações e custos implicados na permanência de indivíduos desnecessariamente em leitos hospitalares, e este serviço pode ser prestado em duas modalidades básicas distintas: internação domiciliar e assistência domiciliar (BRASIL, 2006).

Apenas a modalidade de assistência domiciliar está relacionada à APS e, portanto, deve fazer parte da rotina das Equipes que desenvolvem este trabalho de maneira a estabelecer estratégias de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação em domicílio (LACERDA *et al.*, 2006). É necessário, para êxito desse processo de trabalho, que exista maneira compulsória de acolhimento e inclusão desses indivíduos, mas também uma forma de captação constante de novas necessidades. Sobre esses aspectos Brasil (2012) diz:

“...Nesta modalidade, estarão os usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (não podendo se deslocar até a unidade de saúde). Os idosos que moram sozinhos devem ter sua condição avaliação pela equipe, considerando ser um relevante problema de saúde pública. Essa modalidade tem as seguintes características:

- Permite maior espaçamento entre as visitas;
- Não necessita de procedimentos e técnicas de maior complexidade;
- Não necessita de atendimento médico frequente;
- Possui problemas de saúde controlados/compensados.”

Neste ponto, Brasil (2012) expõe que o processo de trabalho deve ser realizado em três passos, sendo o primeiro responsável pela identificação dos pacientes elegíveis para a Assistência domiciliar. Resumidamente, Brasil elege estratégia objetiva de acolhimento aos idosos:

“A identificação de uma pessoa idosa que necessite de Assistência Domiciliar na Atenção Básica parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades de vida diárias, conforme descritas nos critérios de inclusão. Esses usuários podem ser identificados das seguintes formas:

- Ser egressos de internação hospitalar ou domiciliar.
- Por meio de visitas do agente comunitário de saúde.
- Por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros.”

O segundo passo objetiva classificar esse paciente conforme a complexidade de suas necessidades, definindo se este realmente compete a APS ou designando-o a serviço específico de cuidados domiciliares. O terceiro passo propõe que cada indivíduo possua um plano de cuidados terapêutico que defina e explicita as necessidades desta pessoa e também o papel a ser desenvolvido por cada indivíduo na equipe.

Diante do exposto e destacando-se o envolvimento compulsório de pessoas qualificadas e da evidente necessidade de equipe completa e multidisciplinar na APS – através de Estratégia de Saúde da Família – notadamente o 3º distrito da cidade de Canguçu não recebe aporte necessário para desenvolvimento das atividades em domicílio.

A equipe, defasada de profissionais em diversas áreas (composta apenas por médica, odontóloga e técnico em enfermagem), enfrenta dificuldades para assegurar principalmente as demandas espontâneas de atenção domiciliar, apresentando processo apenas de acompanhamento de pacientes crônicos em caráter mensal conforme agenda exposta na tabela 2. A captação destes indivíduos e de possíveis novos pacientes elegíveis para atenção domiciliar foi feita através de vínculos familiares durante o processo de cadastramento realizado pela equipe do 3º distrito e sob demanda espontânea.

É necessário que para a que atenção domiciliar nesse território seja satisfatória e realizada de acordo com as diretrizes propostas, haja complementação da equipe e, conseqüentemente, territorialização e adscrição de clientela. Enquanto a instalação de ESF não for completada nesta área, pelas dificuldades impostas pela distância entre as unidades básicas de atendimento – cuja equipe realiza trabalho itinerante – e as limitações de acesso dos indivíduos, o processo de atenção domiciliar permanecerá prejudicado.

5.REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Atenção Primária a Saúde é uma rede ampla e complexa de serviços que envolve diversos profissionais e intensa participação destes para seu funcionamento adequado. É, portanto, um imenso desafio a ser enfrentado pelas gestões municipais e pelos indivíduos a serviço desta complexa rede de atendimento à população.

Neste ano de atuação da Equipe do 3º Distrito de Canguçu, foram buscadas estratégias de aproximação entre servidores e clientes, bem como melhorias técnicas na atuação da equipe. Sabe-se que são necessárias diversas adequações para que os serviços prestados nessa comunidade aproximem-se da normatização preconizada pelo Ministério da Saúde e, até mesmo, para garantir a rede de apoio idealizada pelo Sistema Único de Saúde. Porém, diante das peculiaridades da área de desenvolvimento deste portfólio, o processo de implantação gradual até a obtenção de um modelo satisfatório de APS é importante para melhor sedimentação da continuidade do trabalho e fidelização dos indivíduos da área futuramente territorializada. Neste ponto, salienta-se a relevância das bases teóricas para implementação de Estratégia de Saúde da Família, pois a ausência de adscrição de clientela e territorialização são entraves grandes para aplicação de um projeto de qualidade em qualquer local, independentemente das diferenças apresentadas pelas comunidades em geral.

Destaca-se, além disso, que a APS é vital para suporte adequado de saúde nos diversos níveis, exercendo seu papel mais importante nas ações de prevenção e coordenação da saúde dos indivíduos. Há evidente necessidade de investimento na complementação da equipe de trabalho do 3º Distrito de Canguçu, para que as ações de saúde sejam compulsórias, mais abrangentes, eficazes e ágeis perante a comunidade.

6. REFERENCIAIS TEÓRICOS

BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

BRASIL. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) ISBN 85-334-1186-3, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 35. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 1. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. Caderno de Atenção Básica nº 12. Brasília, 2006.

CANGUÇU. Secretaria Municipal de Saúde – Canguçu/RS. Taxa de Natalidade x Taxa de Mortalidade Infantil, 2011. Disponível em:
<<http://smscangucu.blogspot.com.br/2011/08/taxa-de-natalidade-x-taxa-de.html>>. Acesso em: 19 dez. 2016

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. 2010. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=430450>>. Acesso em: 19 dez. 2016

KASTORINI, CM; MILIONIS, HJ; IOANNIDI, A; KALANTZI, K; NIKOLAOU, V; VEMMOS, KN; GOUDEVENOS, JA; PANAGIOTAKOS, DB. Adherence to the Mediterranean diet in relation to acute coronary syndrome or stroke nonfatal events: A comparative analysis of a case/case-control study. Am Heart J. 2011;162:717–724.

LACERDA, MR; GIACOMOZZI, CM; OLINISKI, SR; TRUPPEL, TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saude soc., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, Aug. 2006.

MCKINNEY, L. Diagnosis and Management of Obesity. Topline information for today's family physician. Leawood, 2013.

PORTAL DA SAÚDE. Vigilância Alimentar e Nutricional, s/d. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento>. Acesso em: 14 mar. 2017

SATISH KENCHIAIAH, M.D.; JANE C. EVANS, D.SC., DANIEL LEVY, M.D., PETER W.F. WILSON, M.D., EMELIA J. BENJAMIN, M.D., MARTIN G. LARSON, S.D.,

WILLIAM B. KANNEL, M.D., M.P.H., AND RAMACHANDRAN S. VASAN, M.D.
OBESITY AND THE RISK OF HEART FAILURE. N Engl J Med, Vol. 347, No. 5 ·
August 1, 2002

STEIN, VS. Enfrentando a Obesidade em População Rural do Sul do Brasil. Projeto
de Intervenção. Canguçu/RS, 2016.

ANEXO 1

FOLHA INDIVIDUAL DE ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE EQUIPE DE SAÚDE 3º DISTRITO – CANGUÇU

NOME: _____ DN: ____/____/____
 CNS: _____ OCUPAÇÃO: _____
 ENDEREÇO: _____

DOENÇAS CRÔNICAS COM DIAGNÓSTICO DEFINIDO:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> SOBREPESO/OBESIDADE (GRAU ____) |
| <input type="checkbox"/> TABAGISMO ATIVO (CT: ____ MAÇOS/ANO) | <input type="checkbox"/> SAÚDE MENTAL: _____ |
| <input type="checkbox"/> EX-TABAGISTA (ANO DE CESSAÇÃO: ____) | <input type="checkbox"/> ARTROPATIA DEGENERATIVA |
| <input type="checkbox"/> DPOC/ASMA | <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> DIABETES EM USO DE INSULINA | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> HIPOTIREOIDISMO | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> SÍNDROME METABÓLICA | |

MEDICAÇÕES EM USO CONTÍNUO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

INDIVÍDUO É ADERENTE A TRATAMENTOS PROPOSTOS?

- SIM NÃO

RECEBE OU UTILIZA-SE DE PROGRAMA BENEFICIÁRIO GOVERNAMENTAL?

- SIM, QUAL: _____ NÃO

INDIVÍDUO INCAPAZ OU EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE?

- SIM NÃO

SE SIM, QUEM É SEU RESPONSÁVEL: _____

VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS:

DATA	MOTIVO PRINCIPAL	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS

DATA	ESPECIALIDADE	MOTIVO PRINCIPAL

OBSERVAÇÕES: _____

ANEXO 2



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

VANESSA DE SOUZA STEIN

ENFRENTANDO A OBESIDADE EM POPULAÇÃO RURAL DO SUL DO BRASIL

Maio, 2016

Canguçu

RESUMO

A obesidade e o sobrepeso, bem como seu impacto imediato e futuro distante na vida dos indivíduos configuram significativo problema de saúde pública ao qual se dedica este projeto de intervenção. Objetivando a perda de 10% do peso corporal de indivíduos portadores de obesidade ou sobrepeso, frequentadores das Unidades Básicas de Saúde do 3o Distrito da cidade de Canguçu, este estudo clínico Intervencional envolverá equipe multidisciplinar composta por 01 Técnico em Enfermagem, 01 Enfermeiro, 01 Nutricionista, 01 Educador Físico, 01 Psicólogo, 02 Médicos e ocorrerá em 10 etapas distintas. Além do impacto sobre a pesagem do indivíduo, objetiva-se também aumentar o conhecimento da população acerca da prática de exercícios físicos necessários para manutenção de boa saúde, bem como melhoria no entendimento sobre a nutrição adequada nas diversas faixas etárias inclusas neste projeto. Ao final, será avaliado também o impacto da perda de peso sobre o tratamento de outras comorbidades associadas (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2 e Síndrome Metabólica).

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Intervenção Precoce(Educação)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	04
2	PROBLEMA.....	06
3	OBJETIVO.....	07
3.1	OBJETIVO GERAL.....	07
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	07
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	08
5	MÉTODO.....	11
5.1	ETAPAS.....	11
6	CRONOGRAMA.....	14
7	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	15
7.1	RECURSOS HUMANOS.....	15
7.2	RECURSOS MATERIAIS.....	15
8	RESULTADOS ESPERADOS.....	16
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

Confirmando-se projeção feita a partir da década de 70 do século passado, na qual foi iniciado o processo de transição nutricional mundial, nos dias atuais estima-se que aproximadamente 1,5 bilhões de adultos são portadores de sobrepeso ou obesidade no mundo (POPKIN; ADAIR; NG, 2012). Destaca-se ainda que há projeção de números mais alarmantes para o futuro, revelando que no ano de 2030 chegaremos ao montante de 2,16 bilhões de adultos com sobrepeso e 1,12 bilhões com obesidade (KASTOTINI *et al.*, 2011).

Este cenário espantoso torna-se ainda mais alarmante com estimativas do ano de 2010 declarando a existência de cerca de 43 milhões de crianças obesas no mundo – cerca de 35 milhões destas vivendo em países em desenvolvimento (DE ONIS; BLÖSSNER; BORGHI, 2010). Neste contexto, o Brasil insere-se como um dos países com taxas significativas de sobrepeso e obesidade, informadas claramente através da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2009, na qual 33,5% das crianças tinham sobrepeso enquanto 16,6% dos meninos apresentavam-se obesos e 11,8% das meninas nesta mesma condição (BRASIL, 2010).

A obesidade e o sobrepeso, bem como seu impacto imediato e futuro distante na vida dos indivíduos configuram, portanto, significativo problema de saúde pública ao qual se dedica este projeto de intervenção realizado na cidade de Canguçu- RS. Além das taxas estimadas de sobrepeso e obesidade coletadas em momento prévio a este projeto em determinada população, agrava-se o fato de que a cidade apresenta grande território rural e mais de 60% de sua população residente nesta área. O projeto intervencionista dedica-se justamente a estes indivíduos ruralizados, moradores do 3º distrito da cidade de Canguçu. Estima-se que na população de aproximadamente seis mil habitantes deste território haja uma taxa de sobrepeso e obesidade geral em torno de 38% - 46% das mulheres; 24% dos homens - levando-se em conta as pessoas avaliadas através de medidas de peso e altura e classificadas por IMC pela equipe de saúde que atendente nesta localidade.

Deve-se destacar também, a baixa ou nenhuma oferta a atividade física orientada neste território estudado, reforçando a forte relação entre obesidade e sedentarismo e evidenciando a realidade de que a maioria das crianças e adolescentes brasileiros não é suficientemente ativa, com menos de 60 min/dia de

atividade física moderada a vigorosa acumulada – apenas 38,6% dos meninos e 20% das meninas realizam os 300 minutos de atividade semanal recomendado. Em contrapartida, 61,8% dos jovens dedicam mais de duas horas em atividades sedentárias por dia.

Frente a este problema de saúde pública, o modelo atual de abordagem da equipe de saúde do Terceiro Distrito de Canguçu não é satisfatório para enfrentamento e real impacto na vida nos indivíduos inseridos. Portanto, visa-se harmonizar o conhecimento técnico formal à realidade da zona rural, carente de estrutura e orientações básicas sobre comportamento diário no combate a obesidade e, principalmente, suas ações de prevenção.

2. PROBLEMA

A população, residente há longa distância da zona urbana, carece de educação formal – baixa escolaridade – sobre alimentação e atividades físicas corretas, além disso, não dispõe de profissionais na localidade para desenvolvimento de atividades.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Promover ações de saúde em combate à epidemia de obesidade, estimulando a perda de peso e deflagrando medidas de prevenção.

3.2 Objetivos Específicos

Promover ações informativas com profissionais de diversas áreas (educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, médicos e equipe de enfermagem).

Planejar e viabilizar realização de grupos específicos de acompanhamento (crianças, hipertensos e diabéticos com sobrepeso e/ou obesidade).

Promover atividades periódicas para a população geral, visando promoção de saúde.

Busca ativa de doenças relacionadas à obesidade através de ações de saúde coletivas.

Solicitar e viabilizar exames necessários para avaliação complementar de saúde.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Starfield (2002), a “Atenção Primária a Saúde(APS) é o primeiro nível de atenção dentro do sistema, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde”. Neste contexto, as doenças crônicas inserem-se completamente nos cuidados da APS, incluindo-se a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, além de outros cuidados requeridos por doentes crônicos ao longo da vida. À APS, cabe também a coordenação de ações dentro da comunidade na qual está inserida, identificando e reconhecendo as necessidades daquela população naquele determinado território

A Obesidade (definida em adultos por IMC > 30 kg/m²) é precedida por sobrepeso (em adultos IMC > 25kg/m²) e compõe fator de risco bem estabelecido para Diabetes Mellitus tipo 2, Doenças Cardiovasculares e muitos tipos de câncer (SWINBURN *et al.* 2011). Os fatores de risco para o desenvolvimento desta enfermidade são múltiplos e a cronicidade é ponto marcante e diretamente relacionado à APS. Segundo Brasil (2012, p. 22), a fisiopatologia da doença foi descrita, com plenitude, em Obesidade na Infância e Adolescência: Manual de Orientação:

A obesidade é uma doença crônica, complexa, de etiologia multifatorial e resulta de balanço energético positivo. O seu desenvolvimento ocorre, na grande maioria dos casos, pela associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais. A herança genética na determinação da obesidade parece ser de natureza poligênica, ou seja, as características fenotípicas do indivíduo obeso são resultantes da interação de vários genes. Estudos realizados em gêmeos adotados e seus pais mostram clara influência genética no índice de massa corporal, na distribuição anatômica da gordura, no gasto energético e na suscetibilidade ao ganho de peso. Porém, o aumento crescente do número de obesos no mundo indica a poderosa participação do ambiente no programa genético. Mudanças ocorridas no estilo de vida e nos hábitos alimentares, com o aumento do sedentarismo e o maior consumo de alimentos de alta densidade energética, explicam esse fato. Existem mais de 400 genes já isolados, que codificam componentes que participam da regulação do peso corporal. Entre esses componentes, alguns agem preferencialmente na ingestão alimentar, outros no gasto energético e ainda existem aqueles que atuam nos dois mecanismos ou modulam essas ações.

Além de bem estabelecida cronicidade da obesidade, as doenças relacionadas a esta foram reafirmadas por estudo de prevalência realizado na população brasileira (GIGANTE; DE MOURA; SARDINHA, 2009) demonstrando

associação entre obesidade e a presença de diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias.

Soma-se aos desafios habituais no enfrentamento das doenças crônicas, no Brasil existe peculiaridade a ser explorada sobre as condições nutricionais da população. Segundo Coutinho, Gentil & Toral (2008, p.332):

“...a desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes no mesmo domicílio, caracteriza a transição nutricional.”

Essa afirmação apresenta à realidade da APS – principal responsável pelos cuidados de saúde longitudinais da população – a necessidade de abrangência de extremos opostos de um mesmo mecanismo fisiopatológico – o desequilíbrio entre consumo e gasto calórico.

Desta maneira, os autores supracitados apresentam como solução a adoção de uma agenda única nutricional e comentam (p. 338):

“A literatura aponta a necessidade de medidas de promoção da alimentação saudável como fundamental para a resolução da desnutrição e das deficiências de micronutrientes, ainda, da prevenção da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis relacionadas que vão interromper a intergeração da desnutrição e pobreza. É importante que essas medidas estejam em consonância com as políticas nacionais que têm interface com os determinantes do estado nutricional de uma população...”

Sobre a agenda única nutricional, Coutinho, Gentil & Toral (2008, p.337) apropriam-se da estruturação do SUS para afirmar:

“Na lógica desse modelo de atenção, a agenda única da nutrição deve ser organizada pela caracterização clara do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares com a identificação de riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde, alimentação e nutrição das famílias, utilizando os diversos sistemas de informação da atenção básica...”

É necessário, neste contexto, que a APS aproprie-se de fundamentações teóricas acerca do tratamento clínico – não-farmacológico e farmacológico - e cirúrgico da obesidade para oferta destes ao indivíduo quando houver indicação técnica e estrutura adequada para manejo correto do tratamento e suas eventuais complicações. Enfatiza-se, neste ponto, a importância da abordagem não farmacológica na APS. Dessa maneira, Brasil (2012, p. 58-59) afirma:

“Como a obesidade é considerada um grave problema de saúde pública por sua elevada prevalência e pelas importantes repercussões orgânicas e psicossociais, torna-se necessário implementar medidas de prevenção e controle cada vez mais abrangentes. Dentre elas, vale ressaltar a ampliação de políticas de saúde que envolvem a educação nutricional e o desenvolvimento de infraestrutura apropriada para práticas recreativas e de exercícios físicos...”

Além disso, reafirma as causas multifatoriais apresentando como solução uma abordagem multidisciplinar – neste caso, voltada ao público infantil (p. 60):

“O tratamento da obesidade envolve abordagem dietética, modificação do estilo de vida, ajustes na dinâmica familiar, incentivo à prática de atividade física e apoio psicossocial. Para crianças e adolescentes, o envolvimento de toda a família é fundamental para garantir o sucesso do tratamento e permitir a adesão dos pacientes à terapia. Em situações de obesidade grave ou na presença de morbidades associadas, sempre que possível deve-se recorrer ao atendimento por equipe multiprofissional, formada por pediatra que atue na área de nutrologia, nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, entre outros. Visto ser a obesidade uma doença multifatorial, com várias morbidades associadas, a abordagem interdisciplinar é extremamente benéfica...”

Assumindo posição semelhante, Nonino-Borges, Borges & dos Santos (2006, p. 248) cita:

“O tratamento clínico não medicamentoso inclui prática de atividade física formal, aumento da atividade física informal e mudanças de hábito alimentar como realizar refeições sem pressa e em ambientes tranquilos, evitar associar emoções com ingestão alimentar, mastigar bem os alimentos, além da correção dos erros alimentares (tratamento dietético).”

O combate à obesidade é, portanto, questão complexa que, como exposto pelos autores acima citados, necessita de esforços conjuntos entre o sistema de saúde – principalmente a atenção primária a saúde – e os indivíduos. É necessário que medidas multidisciplinares sejam realizadas para que ocorra sucesso no tratamento da obesidade, porém acima de tudo, nosso sistema precisa adotar medidas compulsórias de prevenção à esta doença e suas comorbidades relacionadas.

5 MÉTODOS

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional aplicado por equipe de Saúde em Unidade Básica de Saúde de Canguçu, que objetiva a perda de dez por cento do peso corporal de indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade, para fins de redução do risco cardiovascular destes indivíduos a curto e médio prazo.

Utilizando-se de prontuários registrados na unidade, serão convidados 158 indivíduos portadores de sobrepeso ou obesidade para participação do projeto. Este terá duração de 27 semanas e será composto por dez etapas diferentes, envolvendo equipe multidisciplinar 01 Técnico em Enfermagem, 01 Enfermeiro, 01 Nutricionista, 01 Educador Físico, 01 Psicólogo, 02 Médicos.

5.1 Etapas

A **primeira etapa** terá como objetivo realizar identificação dos indivíduos e suas condições atuais de saúde. Nesta etapa, o indivíduo terá sua pressão arterial aferida, será pesado, terá medida sua altura e circunferência abdominal, bem como aqueles que possuem fator de risco ou são portadores de outras doenças relacionadas à obesidade, terão novos exames solicitados em consulta médica. A saber: (a) Colesterol Total, (b) HDL; (c) Triglicerídeos; (d) Glicemia de Jejum (Hemoglobina Glicada para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2).

Coleta de dados fidedignos destes indivíduos sobre a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, bem como a adesão ao tratamento por parte dos indivíduos.

A **segunda etapa** será realizada 01 semana após e terá como objetivo, a realização de consulta coletiva com Nutricionista e Psicólogo, que objetivará a instrução para os erros alimentares mais comuns da população rural, abordando as principais dificuldades sociais do indivíduo obeso. Também, neste momento, serão reavaliados os indivíduos em nova aferição de pressão arterial e nova consulta médica para exclusão daqueles inaptos a realização de atividade física por doença preexistente e incapacitante.

A **terceira etapa** será realizada 02 semanas após a primeira e terá como objetivo a primeira consulta coletiva e atividade orientada com Educador Físico, instruindo atividades físicas para população rural. Nova abordagem coletiva do

indivíduo obeso com Psicólogo. Também, neste momento, será realizada nova aferição de pressão arterial.

A **quarta etapa**, será realizada 03 semanas após a primeira etapa, na qual será realizada nova consulta coletiva* com Nutricionista e Educador Físico, além de atividade física orientada com Educador Físico e dará início ao projeto de enfrentamento da obesidade com pesagens mensais e acompanhamento de resultados neste grupo de pessoas selecionadas nestas unidades de saúde.

A **quinta etapa**, será realizada 07 semanas após a primeira etapa, na qual será realizada pesagem, medida de pressão arterial e consulta coletiva com Educador Físico, Médico, Nutricionista e Psicólogo. Realização de nova atividade orientada pelo profissional Educador Físico.

A **sexta etapa**, será realizada 11 semanas após a primeira etapa, na qual será realizada pesagem, medida de pressão arterial e consulta coletiva com Educador Físico, Médico, Nutricionista e Psicólogo. Realização de nova atividade orientada pelo profissional Educador Físico.

A **sétima etapa**, será realizada 15 semanas após a primeira etapa, na qual será realizada pesagem, medida de pressão arterial e consulta coletiva com Educador Físico, Médico, Nutricionista e Psicólogo. Realização de nova atividade orientada pelo profissional Educador Físico.

A **oitava etapa**, será realizada 19 semanas após a primeira etapa, na qual será realizada pesagem, medida de pressão arterial e consulta coletiva com Educador Físico, Médico, Nutricionista e Psicólogo. Realização de nova atividade orientada pelo profissional Educador Físico.

A **nona etapa**, será realizada 23 semanas após a primeira etapa, na qual será realizada pesagem, medida de pressão arterial e consulta coletiva com Educador Físico, Médico, Nutricionista e Psicólogo objetivando uma avaliação da comunidade envolvida com o projeto sobre a efetividade e colaboração individual e coletiva. Nesta etapa, serão reavaliados laboratorialmente àqueles pacientes com alterações documentadas na primeira etapa.

A **décima etapa**, será realizada 27 semanas após a primeira etapa e objetiva a avaliação dos resultados obtidos com o projeto de enfrentamento da obesidade e sobrepeso e tem como objetivo avaliar objetivamente: (a) Perda de peso percentual; (b) Redução da circunferencial abdominal; (c) Melhora do Perfil lipídico (Colesterol total, HDL e triglicérides); (d) Melhora de níveis tensionais em Hipertensos; (e)

Queda dos níveis de Hemoglobina Glicada em Diabeticos tipo 2. Há também intenção de avaliar subjetivamente: (a) melhora da qualidade do sono; (b) melhora da capacidade laborativa individual

É importante ressaltar que o acesso da população geral será permitido durante as consultas coletivas, objetivando-se que maior número de pessoas seja atingida pelo conhecimento transmitido pelos profissionais presentes nessas atividades.

6 CRONOGRAMA

Atividades	Semanas									
	01	02	03	04	08	12	16	20	24	28
Aferição de Pressão Arterial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Altura	X									X
Atividade Física orientada			X	X	X	X	X	X	X	
Avaliação Médica de comorbidades / solicitação de exames	X	X							X	X
Consulta coletiva com Educador Físico			X	X	X	X	X	X	X	
Consulta coletiva com Nutricionista		X		X	X	X	X	X	X	
Consulta coletiva com Médico				X	X	X	X	X	X	
Consulta coletiva com Psicólogo		X	X	X	X	X	X	X	X	
Medida da circunferência abdominal	X									X
Pesagem	X			X	X	X	X	X	X	X

Tabela 1: Cronograma de atividades ao longo das 28 semanas de realização do projeto.

7 RECURSOS NECESSÁRIOS

7.1 Recursos Humanos

Serão necessários profissionais atuantes em Unidade Básica de Saúde - 01 profissional Enfermeiro, 01 profissional Técnico em Enfermagem e 01 profissional Médico, complementados por 01 profissional Educador Físico, 01 profissional Nutricionista, 01 profissional Médico, 01 profissional Psicólogo e 01 profissional Técnico em Enfermagem.

7.2 Recursos Materiais

Material	Quantidade
Esfingmanometro	03
Estetoscópio	03
Balança com régua para medida de altura	02
Fita métrica	03
Computador	02
Equipamento multimedia	02
Cota de exames em laboratório da cidade	Indeterminado
Sala para realização de consultas coletivas	01

Tabela 2: Materiais necessários a realização do projeto

8 RESULTADOS ESPERADOS

Este projeto objetiva como resultado de suas aplicações, a redução da prevalência total de obesos e portadores de sobrepeso moradores do 3º Distrito da cidade de Canguçu no Rio Grande do Sul e atendidos pela Equipe de Saúde atuante no território. Além desta taxa bruta, objetiva-se aumentar o conhecimento da população acerca da prática de exercícios físicos necessários para manutenção de boa saúde, bem como melhoria no entendimento sobre a nutrição adequada nas diversas faixas etárias inclusas neste projeto.

Serão avaliados também, ao final do projeto, o impacto da perda de peso sobre o tratamento de outras comorbidades associadas (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2 e Síndrome Metabólica), buscando-se como objetivo principal o melhor controle dessas enfermidades naqueles indivíduos acometidos.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares(POF) 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

BRASIL. Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 2ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2012.

COUTINHO, JG; GENTIL, PC; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 2, p. s332-s340, 2008.

DE REZENDE LF, AREREDO CM, CANELLA DS, CLARO RM, DE CASTRO IR, LEVY RB, et al. Sociodemographic and behavioral factors associated with physical activity in Brazilian adolescents. BMC Public Health. 2014;14:485

DE ONIS, M; BLÖSSNER, M; BORGHI, E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr. 2010 Nov;92(5):1257-64.

GIGANTE, DP; DE MOURA, EC; SARDINHA, LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública 2009;43(Supl 2):83-9

KASTORINI, CM;MILIONIS, HJ; IOANNIDI, A; KALANTZI, K; NIKOLAOU, V; VEMMOS, KN; GOUDEVENOS, JA; PANAGIOTAKOS, DB. Adherence to the Mediterranean diet in relation to acute coronary syndrome or stroke nonfatal events: A comparative analysis of a case/case-control study. Am Heart J. 2011;162:717–724.

NONINO-BORGES, CB; BORGES, RM; DOS SANTOS, JE. Tratamento Clínico da Obesidade. Medicina, Ribeirão Preto, 39 (2): 246-252, abr./jun. 2006.

POPKIN, BM; ADAIR, LS; Ng, SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. Nutr. Rev., 2012;70:321.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Primary care: balancing health needs, services, and technology. Brasília; UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. 725 p.

SWINBURN, BA; SACKS, GS; HALL, KD; MCPHERSON, K; FINEGOOD, DT; MOODIE, ML; GORTMAKER, SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet 2011; 378: 804–14