

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS AGUIAR

**PLANILHA DE LEVANTAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS OBESAS:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO
AMARANTE-CE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS AGUIAR

**PLANILHA DE LEVANTAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS OBESAS:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO
AMARANTE-CE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Miriam Lopes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PLANILHA DE LEVANTAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS OBESAS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE** de autoria da aluna **LIDIANE NOGUEIRA REBOUÇAS AGUIAR** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Profa. MSc. Miriam Lopes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

*À minha família, aos meus amigos e a todos
que fazem parte da Secretaria Municipal de
Saúde de São Gonçalo do Amarante-CE.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	10
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
4 MÉTODO.....	17
5 RESULTADO E ANÁLISE.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE.....	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação do estado nutricional em relação ao diagnóstico nutricional.....	14
Quadro 2. Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal por semana gestacional.....	14
Quadro 3. Parâmetros de circunferência da cintura.....	15

RESUMO

Obesidade é um distúrbio nutricional, condição crônica e fator de risco para outras doenças. Com intuito de identificar a prevalência de população obesa e propor estratégias de intervenções para promoção da saúde, visando melhorias à saúde deste grupo de usuários da rede de saúde da atenção básica do município de São Gonçalo do Amarante-CE, surgiu a proposta de se elaborar uma planilha. O estudo tem objetiva implementar uma proposta de acompanhamento e intervenção à população obesa da rede de saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Gonçalo do Amarante-CE; e como específicos: elaborar uma planilha de levantamento e acompanhamento de dados sobre a população de obesos existente no município de São Gonçalo do Amarante-CE; apresentar o projeto e a planilha elaborada aos coordenadores de unidades básicas de saúde e gestor da atenção básica da rede de saúde do município e sensibilizá-los quanto a importância do uso da planilha como rotina no serviço de saúde; elaborar o banco de dados eletrônico para o armazenamento das informações; capacitar os profissionais da saúde (coordenadores da ESF) quanto à aplicação dessa planilha; realizar o levantamento de dados sobre a população obesa após atendimento nas consultas médicas, nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliares pelas equipes de saúde e agentes comunitários de saúde; elaborar protocolo de atendimento de atendimento à pessoa obesa; elaborar estratégias de intervenção para promoção da população obesa saúde junto às equipes, coordenadores e gestores da rede de saúde do município; fomentar a implantação de intervenções para promoção da saúde da população obesa da rede de saúde do município; implantar intervenções para promoção da saúde da população obesa da rede de saúde do município; avaliar as ações de intervenções implementadas. Com a implantação dessas ações, espera-se ter um registro de qualidade destinado à população obesa, proporcionando uma melhoria no atendimento, acompanhamento e serviço prestado à saúde da pessoa obesa no município.

1 INTRODUÇÃO

Obesidade é um distúrbio nutricional relacionado ao consumo inadequado de alimentos em excesso sendo necessário utilizar indicadores antropométricos, os quais são de baixo custo, fáceis de serem realizados, aplicados e, portanto, padronizados e, não são invasivos, podendo ser utilizado em todas as fases da vida (criança, adolescência, adulta, idosa e gestacional) (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde considera obesidade uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças, além de manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida e vem cada vez mais implementando ações para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção do sobrepeso e obesidade, além qualificação do cuidado prestado aos usuários do SUS (BRASIL, 2014a).

Para a definição da classificação do estado nutricional ou indicador antropométrico faz-se necessário realizar o cálculo dos índices antropométricos ou nutricionais (demográficos – sexo, idade, data da última menstruação; antropométricos – peso, estatura, circunferência da cintura). Cada fase do curso da vida possui referências e pontos de corte específicos, então cada dado depende da fase em que o indivíduo se encontra. Para crianças menores de 5 anos, são adotadas referências como curva de crescimento infantil proposta pela Organização Mundial de Saúde em 2006 (OMS); para crianças de 5 anos ou mais e adolescentes a referência é da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007, que corresponde a uma reanálise dos dados do *National Center for Health Statistics – NCHS*; para gestantes, adultos e idosos utiliza-se o Índice de Massa Corpórea (IMC) que expressa a relação entre o peso e o quadrado da estatura, além da circunferência abdominal nestes dois últimos grupos (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (2012), em seu relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012” informa que a obesidade leva 2,8 milhões de pessoas, por ano, a óbito; apresentando maior incidência de obesos no continente americano (26% dos adultos) e a menor incidência no sudeste asiático (3% obesos), sendo um fator de risco para doenças não contagiosas ligadas à obesidade, que estão aumentando cada vez mais, como: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Uma pesquisa do Ministério da Saúde informa que quase metade da população brasileira está acima do peso. A mesma pesquisa relata que, em 2006, 42,7% da população estava

acima do peso; em 2011 este percentual passou para 48,5%, com predomínio entre os homens (52,6%), destacando-se a fase da juventude (18 a 24 anos), entretanto nas mulheres há predomínio na fase de alteração hormonal (45 a 54 anos) (BRASIL, 2012).

Estudo realizado em adultos com idade de 20 anos ou mais, residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, identificou prevalência de obesidade geral de 21,7% nos homens e 29,2% nas mulheres, e obesidade abdominal de 19,5% e 37,5%, respectivamente. Observou-se ainda, que nos últimos 10 anos, houve aumento de obesidade geral e estabilidade de obesidade abdominal (LINHARES et al, 2012).

O município de Fortaleza/CE é a quarta capital com maior número de obesos (18,4%), ficando atrás de Macapá (21,4%), Porto Alegre (19,6%) e Natal (18,5%); já Palmas é a capital com menores índices de obesos (12,5%), seguida de Teresina (12,8) e São Luís (12,9%) (BRASIL, 2012).

Domingues e Oliveira (2006), em estudo de revisão de literatura nas bases de dados LILACS e SCIELO sobre obesidade infantil, destacam algumas complicações desta enfermidade como: problemas articulares (artroses e osteoartrite); cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia cardíaca, arteriosclerose); aumento de risco em procedimento cirúrgico; problemas cutâneos (micoses, dermatites e piodermites, estrias, fragilidade da pele, acantose nigrians); alterações no crescimento (idade óssea acelerada, aumento da altura e menarca precoce); endócrinas-metabólicas (diabetes tipo II); gastrointestinais (aumento da frequência de litíase biliar, esteatose hepática e esteatohepatite); respiratórias (apnéia do sono, asma e intolerância a exercícios, aumento do esforço respiratório, infecções, diminuição da reserva funcional, diminuição da eficiência muscular e microestias); e problemas psicossociais (sofrimento por preconceito social e discriminação devido ao seu comportamento alimentar)

Nesse contexto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são de elevado custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), os quais necessitam de ações de prevenção e gerenciamento adequados dessas ações. Com isso, o Ministério da Saúde tem buscado implementar importantes políticas de enfrentamento as DCNT como o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT estruturado em 2011, o Decreto Presidencial nº 6.286 de 2007, referente ao Programa Saúde na Escola (PSE) e a Portaria nº 424 lançada 19/03/13, que redefine diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas; entretanto,

apresenta inúmeros desafios na busca por estratégias a fim de identificar a distribuição destas doenças, a magnitude e a tendência, os agravos e os fatores de risco (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC, 2013).

De acordo com o exposto, a autora sente-se motivada a elaborar uma planilha de levantamento/acompanhamento de dados sobre a população de obesos existente no município de São Gonçalo do Amarante-CE, com intuito de identificar a prevalência de população obesa e propor estratégias de intervenções para promoção da saúde, visando melhorias à saúde deste grupo de usuários da rede de saúde da atenção básica do Sistema Único de Saúde. Salienta-se ainda, que a autora ao comentar informalmente sobre a proposta do projeto de intervenção nesta temática à coordenadora da atenção básica e secretário de saúde do município, percebeu o interesse dos mesmos ao confirmarem a viabilidade da realização do projeto.

Assim, esta proposta de intervenção será de grande importância para a população inserida no projeto e para a Estratégia Saúde da Família. Com a implantação do mesma, poderá ter um maior controle dos atendimentos e acompanhamento de pacientes sob responsabilidade da equipe e ser oferecida uma assistência de qualidade e eficaz à toda população com obesidade do município de São Gonçalo do Amarante/CE.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implementar uma proposta de acompanhamento e intervenção à população obesa da rede de saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Gonçalo do Amarante-CE;

2.2 Objetivos Específicos

No primeiro momento,

1. Elaborar uma planilha de levantamento e acompanhamento de dados sobre a população de obesos existente no município de São Gonçalo do Amarante-CE;
2. Apresentar o projeto e a planilha elaborada aos coordenadores de unidades básicas de saúde e gestor da atenção básica da rede de saúde do município e sensibilizá-los quanto a importância do uso da planilha como rotina no serviço de saúde;

No segundo momento,

1. Elaborar o banco de dados eletrônico para o armazenamento das informações;
2. Capacitar os profissionais da saúde (coordenadores da ESF) quanto à aplicação dessa planilha;
3. Realizar o levantamento de dados sobre a população obesa após atendimento nas consultas médicas, nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliares pelas equipes de saúde e agentes comunitários de saúde;
4. Elaborar protocolo de atendimento à pessoa obesa;

No terceiro momento,

1. Elaborar estratégias de intervenção para promoção da saúde da população obesa junto às equipes, coordenadores e gestores da rede de saúde do município;
2. Fomentar a implantação de intervenções para promoção da saúde da população obesa da rede de saúde do município;
3. Implantar intervenções para promoção da saúde da população obesa da rede de saúde do município;
4. Avaliar as ações de intervenções implementadas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Sistema Único de Saúde – Estratégia Saúde da Família

A Constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que reformulou os serviços e ações de saúde, baseadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A mudança do modelo de atenção à saúde desenvolveu-se lentamente por meio da municipalização e da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo objetivo era atender aos princípios do SUS (TEIXEIRA, 2004). Assim passou-se do modelo médico assistencial privatista para um modelo de saúde assegurada pelo Estado por meio de recursos públicos, passando a ser um direito de todos os cidadãos (AGUIAR, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, na qual foi estabelecida uma revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012a)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia nesse novo modelo de atenção à saúde que se destaca por trabalhar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, de forma integral e contínua, tendo em sua composição uma equipe multiprofissional comprometida em trabalhar por determinada área; e tem proporcionado benefícios à Atenção Básica e ao Sistema de Saúde, tanto no estado do Ceará como no Brasil, com ênfase nas atividades direcionadas à promoção da saúde (CEARÁ, 2006).

A ESF consolidou-se como a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil visando melhorar a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde, assim como, buscar qualificação no atendimento da população (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica define como itens necessários à ESF: possuir equipe multiprofissional (equipe de saúde da família) composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; a quantidade de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população da área (máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por equipe); cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4000 pessoas (média de 3000 pessoas), respeitando-se o grau de vulnerabilidade das famílias; cada profissional de saúde deverá ter carga horária de 40 horas semanais e só poderá ser cadastrado em uma equipe (exceto o profissional médico, que poderá atuar em 2 equipes com carga horária de 40h/semana).

(BRASIL, 2012a). Em relação ao número de pessoas que a equipe deve acompanhar, houve uma mudança através da portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, a qual alterou o cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família, possibilitando uma 1 equipe para cada 2000 pessoas (BRASIL, 2014b).

A equipe de Saúde da Família responsabiliza-se por um território definido e uma população delimitada, realizando atendimentos em unidades básicas de saúde, residências e espaços comunitários. Tanto a Atenção Básica quanto a ESF são consideradas a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde (SUS), possuindo conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, vindo a intervir em fatores de risco que a comunidade possa estar exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2010).

A fim de que haja conhecimento sobre a população assistida, faz-se necessário tecnologias de informação, como a padronização de livros e planilhas de acompanhamento para uma maior eficácia e direcionamento das ações, proporcionando planejamento de estratégias de intervenção a serem implementadas em determinados grupos de usuários do serviço, em busca da promoção da saúde dos mesmos.

3.2 Iniciativas Governamentais Dirigidas à população obesa

No ano de 2007, o Ministério da Saúde, instituiu o Decreto Presidencial nº 6.286, referente ao Programa Saúde na Escola (PSE) com o intuito de construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, por meio de parcerias entre saúde e educação. Tais políticas visam ofertar ações qualificadas aos educandos como avaliação das condições de saúde com atendimentos nutricional, odontológico, oftalmológico, auditivo, clínico e psicossocial; e realizar atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de agravos abordando temáticas como alimentação saudável, atividades físicas, cultura de paz, uso de álcool e outras drogas e violência (BRASIL, 2014c). Assim, estas as ações buscam trabalhar precocemente a prevenção de agravos que vem afetando a saúde da população em faixas estarias cada vez mais cedo.

Em 2011, o Ministério da Saúde estruturou o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, com previsão para os anos 2011-2022, para enfrentar e deter, nesse período, as DCNT

como: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas; tendo em vista que estas doenças correspondem a 70% das causas de mortes no país. Assim, o plano procura abordar quatro principais grupos de doenças (circulatória, câncer, respiratórias crônica, diabetes mellitus) e seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, uso de álcool, inatividade física, alimentação não saudável, obesidade), definindo diretrizes e ações como: vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (UFSC, 2013a).

Em 19 de março de 2013, lançou a Portaria nº 424, que redefine diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas; devendo ser realizadas ações a nível de atenção básica, atenção especializada, e atenção a nível hospitalar (BRASIL, 2014a). Entretanto muitas ações não estão ocorrendo na prática, em decorrência do pouco conhecimento dos profissionais quanto as novas políticas, necessitando de maior envolvimento profissional-gestor, evitando-se dificuldade no repasse das informações.

Essas diretrizes mencionam que para que haja um diagnóstico da população assistida no SUS, é necessária a identificação dos indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional, conforme a fase do curso da vida; realizar a estratificação de risco dessa população de acordo com o seu estado nutricional e presença de outros fatores de risco e comorbidades; organizar a oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio dos diversos pontos de atenção, seguindo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Além destes itens mencionados também é importante utilizar sistemas de informação para acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; meios de investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade; e articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, como apoio aos indivíduos, famílias e comunidades para uma vida mais saudável permitindo a manutenção ou recuperação do peso saudável; entre outros.

A portaria acima descrita, para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da atenção básica, sugere seguintes atribuições: realizar vigilância alimentar e nutricional da população assistida com estratificação de risco para o cuidado da população acima do peso ideal; além de ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade por

meio da intersetorialidade e participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com incentivo a ações que promovam alimentação adequada e saudável e atividade física; estimular o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; prestar assistência terapêutica multiprofissional; coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que não tiveram resolutividade na Atenção Básica e que necessitem de outros pontos de atenção; garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde.

3.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um sistema de informações do Ministério da Saúde que objetiva captar/recolher dados contínuos sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Tais informações são realizadas nos serviços de saúde em todas as fases de vida do indivíduo (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e fornecerão subsídios para tomada de decisões quanto às políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população.

Assim, os municípios registram as informações no sistema nacional para o monitoramento do estado nutricional de seus munícipes, sendo que tais informações podem ser visualizadas e acompanhadas por meio da *home page* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A Vigilância Nutricional contempla as seguintes fases da vida: criança (menor de 10 anos de idade); adolescente (maior ou igual a 10 anos e menor que 20 anos de idade); adulto (maior ou igual a 20 anos e menor que 60 anos de idade); idoso (maior ou igual a 60 anos de idade); gestante (qualquer mulher grávida) (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde preconiza como parâmetro a ser utilizado na Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), adotando-se a fórmula $\text{Peso (kg)}/\text{altura}^2(\text{m})$.

De acordo com o Quadro 1, teremos a classificação do estado nutricional em relação ao diagnóstico nutricional, podendo ser classificado em sobrepeso; obesidade e obesidade grave conforme os índices de IMC.

Quadro 1 – Classificação do estado nutricional em relação ao diagnóstico nutricional.

Fases do curso da vida	IMC (kg/m²)	Diagnóstico Nutricional
Crianças < 5 anos	> Percentil 99,9	Obesidade
Crianças de 5 a 10 anos ou Adolescentes	> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	Obesidade
	> Percentil 99,9	Obesidade grave
Adultos	≥ 30	Obesidade
Idosos	≥ 27	Sobrepeso

FONTE: BRASIL, 2011

O Quadro 1, tem como índices e parâmetros de avaliação de estado nutricional em crianças e adolescentes, o percentil que é referente a posição do valor do peso ocupada no gráfico da caderneta da criança, entretanto nos adultos o parâmetro é o cálculo do IMC.

No quadro 2 teremos a avaliação do estado nutricional da gestante de acordo com o IMC por semana gestacional

Quadro 2 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal por semana gestacional.

Semana gestacional	Obesidade IMC ≥	Semana gestacional	Obesidade IMC ≥	Semana gestacional	Obesidade IMC ≥
6	30,1	21	31,2	34	32,6
8	30,2	22	31,3	35	32,7
10	30,3	23	31,4	36	32,8
11	30,4	24	31,6	37	32,9
12	30,4	25	31,7	38	33,0
13	30,5	26	31,8	39	33,1
14	30,6	27	31,9	40	33,2
15	30,7	28	32,0	41	33,3
16	30,8	29	32,1	42	33,3
17	30,9	30	32,2		
18	31,0	31	32,3		
19	31,0	32	32,4		
20	31,1	33	32,5		

Fonte: BRASIL, 2011 apud ATALAH SAMUR, E., 1997

Como complemento ao diagnóstico nutricional de adultos, o Ministério da saúde acrescentou a medida antropométrica circunferência abdominal, cujos parâmetros diferem entre sujeitos do sexo masculino e sexo feminino (Quadro 3).

Quadro 3 – Parâmetros de circunferência da cintura.

	Circunferência da cintura	Diagnóstico Nutricional
Adultos	≥ 80,0 cm	Para mulheres
	≥ 94,0 cm	Para homens

Fonte: BRASIL, 2011 *apud* WHO, 2000

Uma das maneiras de realizar qualquer mudança voltada à saúde de uma população seria por meio da educação em saúde, a qual, nesse contexto, visa à mudança de hábitos não saudáveis, tornando-se essencial para a prevenção de doenças crônicas, em especial seus fatores de risco como a obesidade (UFSC, 2013c).

Com isso, uma das maneiras para que se alcancem as mudanças planejadas seria por meio dos grupos de autocuidado, uma vez que proporcionam melhorias no autocuidado dos pacientes e ajudam na sensibilização de comportamentos mais saudáveis, com aprendizado por meio da troca de experiências (UFSC, 2013c).

Como hábitos de vida não saudáveis, podemos citar que o sedentarismo acompanhado do peso acima do ideal, representa uma grande ameaça à saúde e ao desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, além de ocasionar limitações na atividade física e déficit na autoestima (insatisfação com a imagem corporal), sendo que este problema está ocorrendo na população cada vez mais jovem (UFSC, 2013b).

4 MÉTODO

4.1 Diagnóstico da realidade

O Município de São Gonçalo do Amarante localiza-se na região norte do estado do Ceará, na faixa litorânea, na bacia hidrográfica do Curu, integrando a região metropolitana de Fortaleza a uma distância de 54 km da capital. Possui área territorial de 839 km², com população de 43.890 habitantes, estando limitado ao norte com o Oceano Atlântico e com os municípios de Paraipaba e Paracuru; ao sul com o município de Pentecoste; à leste com o município de Caucaia e a oeste com os municípios de São Luiz do Curu e Trairí. Na divisão política da Saúde integra a II Célula Regional de Saúde sediada em Caucaia. As vias de acesso são: a BR 222, a rodovia Dr. Valdemar de Alcântara – Via Turística Estruturante Sol Poente e Porto do Pecém, dispondo de meios de transporte rodoviários e marítimos (IBGE, 2012).

As principais atividades econômicas são as agriculturas de subsistência (feijão, milho, mandioca e caju), a agroindústria canavieira, a indústria de cerâmica, o turismo, o artesanato e o comércio varejista. No entanto, aos poucos, estas atividades estão sendo substituídas pelas atividades do setor secundário. Atualmente, o Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP) conta com dezoito empresas em pleno funcionamento, gerando 1586 empregos diretos. Estão em fase de instalação mais sete empresas, algumas já em fase de testes. Essas novas empresas são a CSP (Usina Siderúrgica), MPX, Vale e a Genpower (Usinas Termelétricas), Globest (Recepção, armazenagem e exportação de minério) e Petrobras, com a futura refinaria (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE, 2011).

O município apresenta várias praias de interesse turístico, tais como: Praia da Taíba, Pecém e Colônia de Férias. Na zona costeira, entre a BR-222 e cordão de dunas próximo à foz do Rio São Gonçalo e a Ponta do Pecém, funciona o Porto Governador Mário Covas, conhecido popularmente como Porto do Pecém, no Distrito do Pecém, estando em pleno funcionamento e constituindo-se, hoje, o segundo principal portão de exportação do Estado.

Em relação às unidades de saúde, atualmente, no município existem 16 (dezesesseis) equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em funcionamento, distribuídas em 14 (dez) Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 100% de cobertura, segundo parâmetros indicados pelo Ministério da Saúde. Todas as ESF possuem médico, enfermeiro, dentista, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, seguindo o que

é preconizado pelo MS. Já em relação às Equipes de Saúde Bucal (ESB) o município manteve a paridade de 1:1 entre as ESB e as equipes de ESF, 16 (dezesseis) equipes de cada, sendo 12 (doze) ESB modalidade I (cirurgião-dentista + auxiliar saúde bucal) e 04 (quatro) da modalidade II (cirurgião-dentista+ técnico em saúde bucal + auxiliar de saúde bucal). Conta com uma unidade de apoio do (NASF) Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com duas equipes do NASF oferecendo matriciamento às ESF, através dos profissionais fonoaudiólogo, psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, farmacêutico (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE, 2011).

Em relação à Atenção Secundária, São Gonçalo do Amarante possui um Centro Especializado em Odontologia (CEO) com infraestrutura de 11 consultórios odontológicos, oferecendo à população de São Gonçalo do Amarante e dos municípios de Paraipaba, São Luiz do Curu e Apuiarés (municípios com os quais tem pactuação) atendimento nas especialidades de estomatologia, periodontia, cirurgia/traumatologia buço-maxilo-facial, endodontia, prótese dentária, dor orofacial, ortodontia e pacientes especiais, e serviço de radiologia; um hospital de suporte ao Programa de Saúde da Família com as seguintes características: 03 (três) ambulâncias para o transporte de pacientes a serem transferidos e 01 (uma) UTI Móvel; 33 leitos, divididos em quatro clínicas: médica (14 leitos), obstétrica (6 leitos), pediátrica (7 leitos) e cirúrgica (4 leitos); especialidades médicas (cirurgia geral, cardiologia, dermatologia, ginecologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria, traumatologia/ortopedia e urologia); exames de apoio diagnóstico com colonoscopia, colposcopia, endoscopia digestiva alta, ultrassonografia (abdome, pélvica, transvaginal, obstétrica, tireóide e partes moles) e raio-X; laboratório municipal de análises clínicas; procedimentos especializados e atendimento de urgência em odontologia; além de realização de mamografias no prédio do Centro de Cidadania – CACI (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE, 2011).

Em relação à Atenção Terciária, os casos são encaminhados ao município Pólo da Regional que é Caucaia, e também em alguns casos há pactuação com a macrorregião Fortaleza.

Apesar de haver protocolos, planilhas e normas de atendimento à usuários para outras DCNT preconizados pelo Ministério da Saúde, nos serviços de saúde da rede do município de São Gonçalo do Amarante-CE ainda não há este tipo de organização para o atendimento ou controle de registros de pacientes obesos. As ações nutricionais implementadas atualmente possuem maior direcionamento à população desnutrida do município.

É consenso que os hábitos de vida, a comodidade associada à tecnologia e a mídia de alimentos industrializados, considerados não-saudáveis, têm favorecido cada vez mais para o crescimento da população com problemas de obesidade. A obesidade não é apenas um fator de risco para outras doenças e, conseqüentemente, maior gastos públicos orçamentários com sua saúde, mas ela também interfere nos aspectos psicológicos da pessoa, pois pode prejudicar na sua percepção da imagem corporal, nos relacionamentos interpessoais e nos aspectos financeiros, como por exemplo, a conquista de um novo emprego. Assim, percebe-se a necessidade de uma maior atenção à esta população com obesidade e um maior direcionamento e controle quanto ao número de atendimentos, acompanhamentos e notificações dessa população bem como a implementação de estratégias que visem a melhoria da saúde física, mental e social.

4.2 Plano de ação

A intervenção ocorrerá nos serviços de saúde das Estratégias de Saúde da Família com o intuito de fornecer maior suporte à atenção básica à saúde com a implantação de uma planilha de levantamento e acompanhamento de pessoas obesas residentes no município de São Gonçalo do Amarante-CE.

Diretamente, o público alvo, a ser beneficiado com a realização deste projeto, será a população obesa do município, tendo em vista que ainda não há um quantitativo definido, ou seja, não há registros sobre esse grupo da população. Mas, indiretamente, as equipes de ESF também se beneficiarão, pois as mesmas receberão informações sobre este sistema de vigilância bem como poderão trabalhar com os indicadores da obesidade. Atualmente, o maior direcionamento dos registros tem ocorrido em relação à população desnutrida.

Por meio da coleta destes dados e, com intuito de agilizar o número de atendimentos, acompanhamentos e aumentar o número de notificações, conseguir-se-ão proporcionar uma maior atenção ao público obeso e, conseqüentemente, uma melhor qualidade da assistência à sua saúde.

4.3 Etapas da implementação

Este projeto de intervenção contempla três principais etapas, porém será apresentado em três momentos.

No primeiro momento, que constitui o referido trabalho, será elaborada uma planilha para levantamento e acompanhamento de dados da população obesa do município e apresentação desta planilha aos coordenadores de unidades básicas de saúde e profissionais da saúde, além do gestor da atenção básica da rede de saúde do município a fim de sensibilizá-los quanto a importância do uso da planilha como rotina no serviço de saúde.

No segundo momento, haverá a elaboração do banco de dados eletrônico por meio de planilha eletrônica para o armazenamento das informações, os quais serão alimentados pelos próprios profissionais da saúde. Haverá a capacitação destes profissionais para a aplicação da planilha e realizar-se-á o levantamento dos dados sobre a população obesa após atendimento nas consultas médicas, nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliares por meio da aplicação desta planilha pelas equipes de saúde e agentes comunitários de saúde; além da elaboração de protocolo de atendimento à pessoa obesa.

No terceiro momento, planeja-se elaborar estratégias de intervenção para promoção da população obesa saúde junto às equipes, coordenadores e gestores da rede de saúde do município; fomentar a implantação de intervenções intervenção para promoção da saúde da população obesa da rede de saúde do município, implantar intervenções para promoção da saúde da população obesa da rede de saúde do município e avaliar as ações de intervenções implementadas.

I. Descrição da Planilha a ser padronizada

A planilha (APÊNDICE A), desenvolvida pela autora, tem como finalidade o registro de usuários (levantamento) e o controle do acompanhamento de toda população do município usuária da rede de serviços de saúde, a qual constará de campos para preenchimento dos seguintes dados: nome do paciente, data de nascimento, nome do agente comunitário de saúde, IMC, circunferência abdominal, programas (hiperdia, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, adolescente), data do início do acompanhamento, tratamento não medicamentoso (dieta e atividade física), tratamento medicamentoso (hipoglicemiante oral, insulina, anti-hipertensivo), complicações (dislipidemia, creatinina alta, proteinúria, dormência/paresias, amputação, enfarte, AVC, retinopatia), riscos (etilista, fumante, história familiar sedentarismo). Estas mesmas informações comporá o banco de dados eletrônico a fim de manter o acompanhamento destes pacientes com qualidade.

II. Reunião com coordenadores e gestores de saúde

Em um primeiro momento, será realizada reunião com os gestores de saúde (coordenação da atenção básica, coordenação da vigilância e técnicos da secretaria municipal de saúde) para apresentação do projeto de intervenção; sendo oportuno para a retirada de dúvidas e aperfeiçoamento dessa fase de implantação, onde será entregue uma cópia do projeto para cada gestor com o propósito de análise do projeto e serviços que serão ofertados e as ações e atividades destinadas à saúde da pessoa obesa no município. Além disso, será elaborado um orçamento para definir os recursos necessários e como será custeado o serviço para ser entregue ao gestor municipal (secretário) no momento em que lhe for apresentado o projeto de intervenção.

III. Reunião e capacitação dos profissionais de saúde

Após o aperfeiçoamento do projeto e possível aprovação do gestor municipal será realizada reunião com os coordenadores da ESF para apresentação do projeto aprovado e repasse de informações pertinentes à planilha de levantamento/ acompanhamento das pessoas obesas e possíveis intervenções direcionadas à essa população. Mediante esta capacitação, cada coordenador ficará responsável pela capacitação de sua equipe para a aplicação desta planilha e consequente implementação deste protocolo de atendimento na rotina do serviço.

5.3.4 Elaboração de protocolos de atendimento e rotina do serviço

Será necessária a elaboração de protocolo de atendimento à pessoa obesa contendo critérios para acesso ao serviço, agendamento de consultas, prioridades de atendimento, realização de exames, encaminhamentos, padronização de condutas e tratamentos, entre outros; com intuito de agilizar o serviço e prestar um melhor cuidado ao paciente.

IV. Elaboração das estratégias de intervenção

As estratégias de intervenção para promoção da população obesa saúde serão elaboradas junto às equipes, coordenadores e gestores da rede de saúde do município. Entretanto, posso citar algumas delas que serão apresentadas nas reuniões, como, por exemplo, a formação de grupos de obesidade em que terão ações voltadas à orientação nutricional, hábitos saudáveis, orientação quanto ao aumento da ingestão hídrica, atividades educativas, melhoria da autoestima, cuidado pessoal, atividade física, entre outras temáticas que surgirem no grupo devido às suas necessidades.

Durante as atividades educativas, poderão ser trabalhadas oficinas práticas como preparo da alimentação para nortear os alimentos indicados conforme as necessidades nutricionais, considerando as particularidades de cada pessoa: seus costumes, hábitos diários e produtos alternativos existentes na região. Nestas ações serão utilizados recursos de multimídia, alimentos naturais, álbuns seriados, vídeos e panfletos. As atividades serão trabalhadas na interdisciplinaridade com diversos profissionais: médico, enfermeiro, dentista e profissionais da equipe do NASF como psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico, dentre outros.

V. Avaliação das intervenções

A avaliação das ações desenvolvidas permitirá buscar pontos positivos e negativos e, assim, aprimorar cada vez mais os atendimentos aos obesos do município. Assim, com o intuito de promover o permanente acompanhamento do projeto de intervenção, da execução das ações e da avaliação dos resultados obtidos, serão realizadas avaliação dos indicadores do banco de dados da secretaria municipal de saúde, das unidades básicas de saúde e do hospital; além de entrevistas com profissionais que fazem uso da planilha para saber se é de fácil aplicação, se há dificuldades no uso, se há necessidade de acréscimo ou retirada de informações, etc.

O questionário de avaliação da intervenção poderá ser uma entrevista com perguntas abertas para as pessoas obesas acerca do atendimento recebido durante o acompanhamento pela ESF e NASF. A avaliação da satisfação deverá constar de duas partes a primeira traz o perfil sócio-demográfico dos participantes e tipo de atendimento recebido e a segunda serão registrados as impressões do observador quanto ao serviço prestado.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Na planilha estão sendo solicitados os seguintes registros de informações: nome do agente comunitário de saúde; nome do paciente; data de nascimento; IMC; circunferência abdominal; se o paciente participa de algum programa (pré-natal, planejamento familiar, hipertenso, diabético, puericultura, adolescente); data do início do acompanhamento; se realiza algum tipo de tratamento (dieta+exercício físico, antihipertensivo, insulina, hipoglicemiante); complicações (dislipidemia, creatinina alta, proteinúria, dormência/paresias, amputação, enfarte, acidente vascular encefálico, retinopatia); risco (etilista, fumante, história familiar, sedentarismo), e registro dos meses de janeiro a dezembro de cada ano para ser especificado data de comparecimento (registro de caneta) e data do retorno (registro à lápis). Algumas informações que farão parte da planilha, também fazem parte da ficha de acompanhamento de programa HIPERDIA (de hipertensão e diabetes), tendo sido uma adaptação.

Como resultado, espera-se que os gestores de saúde do município realmente nos apoiem na implementação desta proposta e que, com o engajamento de todos consigamos indicadores positivos frente a essa problemática.

Assim, com o apoio dos gestores, conseguiremos capacitar todos gestores, coordenadores das ESF e profissionais de saúde sobre a implementação desta planilha de levantamento de dados e monitoramento da referida população. E, ainda, espera-se que juntos, consigamos elaborar o protocolo de atendimento e rotina do serviço para que este tipo de atendimento seja se efetive na rotina de atendimento das unidades e, construir estratégias de intervenção para promoção da saúde da população obesa junto às equipes, coordenadores e gestores da rede de saúde do município.

Além disso, é fundamental que a população participe e adere à este projeto por meio de uma sensibilização e conscientização dos riscos que esta problemática oferece e, assim, esperamos que os mesmos tenham a atitude participativa como atores na construção de sua própria saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação das ações de intervenção propostas nesse projeto, permitirá termos um registro de qualidade destinado à população obesa, proporcionando uma melhoria no atendimento, acompanhamento e serviço prestado à saúde da pessoa obesa no município. Espera-se com esse controle uma redução cada vez maior nos índices de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, deseja-se conseguir a médio prazo o reconhecimento dos gestores dos programas federais em forma de financiamento para custear as ações a este público alvo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo: Martinari, 2011. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 132 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde. vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família. **Caderno de Atenção Básica n.27.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2013/prt0424_19_03_2013.html Acesso em: 13 fev. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html Acesso em: 23 abr. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa Saúde na Escola.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.ph> Acesso em 15 fev. 2014c.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP. **Curso Introdutório em saúde da família: território saúde.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2006. 206p.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO DA MULHER. Disponível em: <http://www.cdmmulher.com.br/index.php?page=parceiros>. Acesso em 27 jan. 2012

DOMINGUES, Talita; OLIVEIRA, Luciana Netto de. **Obesidade infantil e suas complicações: assistência de enfermagem.** Revista Enfermagem UNISA. v. 7, p. 77-59, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **São Gonçalo do Amarante – CE.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=231240>> Acesso em: 27.fev. 2012

LINHARES, Rogério da Silva; HORTA, Bernardo Lessa; GIGANTE, Denise Petrucci; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública. v. 28, n. 3, p. 438-447, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300004> Acesso em: 21 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Observatório Mundial de Saúde. **Estatísticas Mundiais de Saúde 2012.** Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/> Acesso em 09 mai. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão de Saúde 2011.**

TEIXEIRA, C. F. **Saúde da família, promoção e vigilância:** construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. Rev. Bras. Saúde Família, p. 10-23, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem:** doenças crônicas não transmissíveis. Módulo VI – Políticas de Saúde na atenção às doenças crônicas não transmissíveis. Florianópolis, 2013a. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11968/mod_resource/content/2/Modulo6_DoencasCronicas.pdf> Acesso em: 06 fev. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem:** doenças crônicas não transmissíveis. Módulo VII – Linhas de cuidado: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM). Florianópolis, 2013b. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12091/mod_resource/content/3/Modulo7_DoencasCronicas.pdf> Acesso em: 06 fev. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem:** doenças crônicas não transmissíveis. Módulo IX – Tecnologias do cuidado em enfermagem. Florianópolis, 2013c. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/13959/mod_resource/content/6/Modulo9_DoencasCronicas.pdf> Acesso em: 06 fev. 2014.

