

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

OLGA PEREDO PEREIRA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A OBESIDADE EM
CRIANÇAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA BARROSO
DA SILVA II, RIO BRANCO, ACRE**

RIO BRANCO

2020

OLGA PEREDO PEREIRA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A OBESIDADE EM
CRIANÇAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA BARROSO
DA SILVA II, RIO BRANCO, ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Nayara Ragi Baldoni

RIO BRANCO

2020

OLGA PEREDO PEREIRA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A OBESIDADE EM
CRIANÇAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA BARROSO
DA SILVA II, RIO BRANCO, ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Nayara Ragi Baldoni

Banca examinadora

Profa. Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto, Doutora, Universidade de Itaúna (UIT)

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa, Doutora, Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de agosto de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pacientes, aqueles pequenos que preenchem com gargalhadas e felicidade a vida agitada que temos hoje....

RESUMO

A obesidade infantil se apresenta como um problema de saúde de incidência alta e de caráter multifatorial. Após realizar o diagnóstico situacional de saúde da Unidade de Saúde da Família Maria Barroso da Silva II, identificou-se um alto índice de obesidade nas crianças acompanhadas nesta Unidade de Saúde. Assim, o principal objetivo desse trabalho foi elaborar uma estratégia de intervenção educativa para diminuir obesidade em crianças. A intervenção foi elaborada seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Também foi realizada uma revisão de literatura e para a fundamentação teórica sobre o assunto utilizou as bases de dados científicas, Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Google Acadêmico. Os nós críticos determinados para o estudo foram: comer grandes porções de alimentos; sedentarismo; consumo elevado de alimentos ultraprocessados e maus hábitos alimentares. A partir dos nós críticos projetou-se de ações de saúde, incorporadas à rotina de atividades da equipe, com a finalidade de mudar condutas e hábitos dessa população e, assim, possibilitar a diminuição do índice de obesidade nas crianças.

Palavras-chave: Obesidade infantil, Promoção de saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Childhood obesity presents itself as a health problem with a high incidence and multifactorial character. After carrying out the situational health diagnosis at the Maria Barroso da Silva II Family Health Unit, a high rate of obesity was identified in the children monitored at this Health Unit. Thus, the main objective of this work was to develop an educational intervention strategy for decrease obesity in children. The intervention was designed following the steps of strategic situational planning. A literature review was also carried out and for the theoretical foundation on the subject, it used the scientific databases, Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Google Scholar. The critical nodes determined for the study were: eating large portions of food; sedentary lifestyle; high consumption of ultra-processed foods and poor eating habits. From the critical nodes, health actions were projected, incorporated into the team's routine activities, with the purpose of changing the behavior and habits of this population and, thus, making it possible to reduce the obesity rate in children.

Keywords: Childhood obesity, Health promotion, Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAD	Centros de Apoio Diagnóstico,
CAF	Central de abastecimento farmacêutica
CEAFAM	Centro Especializado de Assistência Farmacêutica Municipal
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
DCNT	Doença crônica não transmissível
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF-AB	Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URAP	Unidades de Referência da Atenção Primária

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Maria Barroso da Silva II, Unidade Básica de Saúde Maria Barroso da Silva, município de Rio Branco, estado de Acre.....	14
Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.....	24
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.....	25
Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.....	26
Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.....	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Aspectos gerais do município Rio Branco.....	10
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	10
1.3 Aspectos da comunidade.....	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Maria Barroso da Silva II, da Unidade Básica de Saúde Maria Barroso da Silva.....	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria Barroso da Silva II.....	12
1.7 O dia a dia da equipe Maria Barroso da Silva II.....	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVO.....	16
4. METODOLOGIA.....	17
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	18
5.2 Sobrepeso e obesidade na infância.....	19
5.3 Atenção Primária a Saúde (APS).....	21
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	22
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	23
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERENCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município Rio Branco

Rio Branco é a capital do estado do Acre, localizado na região norte do Brasil. Sua área territorial é de 8.834,942 km², e a população estimada em 2019 era de 407.319 pessoas, sendo que, no último censo (2010) era de 336,038 habitantes. O gentílico do município é Rio-branquense. Rio Branco tem sua principal renda dos serviços públicos que respondem a entidades estaduais e municipais, seguidamente estão os negócios particulares de consórcios e franquias, os pequenos negócios assim como empreendedorismo, alavancado pela grave crise econômica que vive o país (IBGE, 2020).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais em 2017 foi de 3,2 salários mínimos. Neste mesmo ano o pessoal ocupado era 104.240 pessoas a população ocupada era de 27,2%. Quanto a taxa de escolarização, em 2010 do município de 6 a 14 anos de idade foi de 95, 1%. Já os dados de 2017o IDEB (Anos iniciais de ensino fundamental (da rede pública) é de 6,4. Já o IDEB anos finais do ensino fundamental (rede pública) foi de 4,8. O Produto Interno Bruto do Município (PIB) 21.258,68 R\$. Já o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDHM) É DE 0,727 (IBGE, 2020).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) possui uma rede de atenção primária dividida em 12 Seguintos de Saúde, com a distribuição de cinco Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP), seis Centros de Saúde e uma Policlínica. Nas URAP são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia, bem como os serviços de enfermagem, odontologia, imunização, farmácia, dentre outros, com atendimento por demanda espontânea e por referenciamento das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência. Também possui um sistema de agendamentos de atendimentos para as especialidades de Média e Alta Complexidade. Além das 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Atenção Primária à Saúde (APS) com 69 Equipes de Saúde da Família (ESF), destas 27 possuem equipe de saúde bucal.

A rede é composta ainda por quatro Academias de Saúde, dois Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), uma central de abastecimento

farmacêutica (CAF), um Centro Especializado de Assistência Farmacêutica Municipal (CEAFAM), dois Centros de Apoio Diagnóstico, um Centro de Especialidades Odontológica (CEO), um dispositivo Consultório na Rua, uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e uma Unidade de Acolhimento Adulto para atendimento das pessoas em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas (SEMSA, 2018).

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade localiza-se na periferia da cidade de Rio Branco, que se formou pela expansão das famílias e a chegada destas do interior do estado para se assentar perto da capital. Podem-se encontrar nesta comunidade pequenos negócios, como principal fonte de renda e sustento de muitas destas famílias. A existência de uma escola de ensino fundamental e uma de ensino médio garantam esses estudos às crianças, adolescentes e jovens e para continuidade de estudos é preciso se deslocar até outros bairros da capital.

A rede de esgoto e água carecem de condições adequadas, motivo de demandas da população ao poder público. A coleta de lixo se realiza em dias alternados em veículo próprio para isto, mas pelas condições intrafegáveis de algumas ruas, acaba se acumulando lixo em alguns pontos. O serviço de distribuição de água também está afetado pela precariedade da rede, que ao longo do percurso apresenta vazamentos. Existem ainda duas igrejas, que congregam seus fiéis na religião cristã e evangélica.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Barroso da Silva II

Na Unidade Básica de Saúde Maria Barroso da Silva II esta UBS cumpre-se com as exigências requeridas pelo Ministério da Saúde para esse tipo de estabelecimento de saúde público. Algumas de suas dependências são: farmácia, vacinação, consultório odontológico, curativo, esterilização, salas da reunião e arquivo, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários e para usuários, sala de acolhimento e recepção; consultórios do médico e da enfermeira. As informações são oferecidas aos usuários desde sua chegada à unidade em busca de atendimento e dos serviços que são disponibilizados, fazendo o acolhimento de todos, o que possibilita um atendimento

mais completo. São disponibilizadas as informações relacionadas com prontuários quando protocoladas pelos usuários e viabilizamos os atendimentos de outros especialistas mediante encaminhamentos aos Hospitais de referências nos serviços ambulatoriais.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Maria Barroso da Silva II, da Unidade Básica de Saúde Maria Barroso da Silva

A Unidade Básica de Saúde “Maria Barroso da Silva II” trabalha com uma equipe de saúde da família composta por 13 profissionais de saúde destinados às seguintes funções: 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); um Técnico de Enfermagem; uma Enfermeira e uma Médica.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria Barroso da Silva II

No que se refere ao funcionamento, este acontece de segunda a sexta-feira, em das 07h:00min até 12h:00min, e vespertino, das 14h:00min até 17h:00min. Na recepção da unidade se realiza o acolhimento dos usuários e nossa equipe trabalho em ambiente de harmonia e de cooperação para fazer fluir o trabalho.

1.7 O dia a dia da equipe Maria Barroso da Silva II

O dia a dia se resume no relacionado ao acompanhamento dos usuários e famílias cadastradas, aos quais lhes oferece consultas de demanda livre, consultas agendadas, acompanhamento de pré-natal, puericultura e doenças crônicas. Trabalha-se também com grupos de grávidas, lactentes, adolescentes e idosos, a fim de realizar orientações precisas e específicas para cada caso que tratem da promoção e da prevenção, eixos principais deste nível de atenção básica que se constitui como a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Durante a realização de uma atividade orientada pelo curso, foi concretizada a identificação de problemas que estão afetando à comunidade que, ao olhar dos integrantes da equipe, são em maior ou menor grau responsáveis pelas condições de saúde da população atendida.

Lista geral de problemas:

- ✚ Falta de interesse da população que reflete nos cuidados e na prevenção de doenças.
- ✚ Baixo nível cultural que influencia na conduta e no comportamento dos indivíduos.
- ✚ Falta de adesão por parte da população às atividades programadas pela equipe de saúde.
- ✚ Elevado número de crianças com obesidade.
- ✚ Maus hábitos alimentares.
- ✚ Consumo de drogas.
- ✚ Incidência de Infecções de Transmissão Sexual.

Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A seleção foi feita por meio da análise dos pontos e valores atribuídos. Importância: Alta, Meia, Baixa. Urgência: 1-2: Pouco urgente; 3-4: relativamente urgente; 5-6: urgente; 7-8: muito urgente. Capacidade de Enfrentamento: Parcial, Total, Fora de alcance.

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Maria Barroso da Silva II, Unidade Básica de Saúde Maria Barroso da Silva, município de Rio Branco, estado de Acre.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Elevado número de crianças com obesidade	Alta	8	Total	1
Consumo de drogas	Alta	7	Parcial	2
Incidência de Infecções de Transmissão Sexual	Alta	5	Total	3
Baixo nível cultural que influencia na conduta e no comportamento dos indivíduos.	Alta	4	Total	4
Maus hábitos alimentares	Alta	3	Total	5
Falta de adesão por parte da população às atividades programadas pela equipe de saúde.	Meia	2	Parcial	6
Falta de interesse da população que reflete nos cuidados e na prevenção de doenças	Alta	1	Total	7

Fonte: Diagnóstico Situacional. USF Maria Barroso da Silva II.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

A prevenção da obesidade em crianças passa, necessariamente, pela conscientização sobre a importância da atividade física e da alimentação adequada, de forma a incentivá-los a construir uma rotina de hábitos saudáveis. Este trabalho se justifica pelo alto índice deste problema nas crianças acompanhadas pela equipe, cientes das repercussões que esta situação pode trazer, nas questões de saúde nos próximos anos, para essa população.

Dessa forma, é que se propôs a realização desta intervenção educativa para diminuir obesidade em crianças acompanhadas pela unidade de saúde da família Maria Barroso da Silva II, Rio Branco, Acre.

3. OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a obesidade em crianças da Unidade de Saúde da Família Maria Barroso da Silva II, Rio Branco, Acre.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho descreve um plano de intervenção que foi elaborado posteriormente à realização do diagnóstico situacional pela ESF da Unidade de Saúde da Família Maria Barroso da Silva II. Por meio da estimativa rápida identificou-se os principais problemas existentes no território da unidade, a seguir foi feita a priorização destes, levando em consideração a governança da equipe sobre o problema selecionado. O público alvo deste estudo foram as crianças de zero a setenta e dois meses de idade com obesidade.

Para a fundamentação teórica sobre o assunto utilizou-se as bases de dados científicas, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico. Os descritores em saúde (DesC) utilizados foram: Obesidade infantil, Promoção de saúde, Atenção Primária à Saúde.

A intervenção foi elaborada seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional conforme determina Faria, Campos e Santos (2018).

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) incluem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, doença respiratória crônica e obesidade, constituindo a maior carga de morbimortalidade no mundo. Esse grupo de doenças acarretam perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades; afetando predominantemente os países em desenvolvimento, nos quais cerca de um terço dos óbitos ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de idade (WHO, 2011).

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte. Além disso, dados da Pesquisa Nacional de Saúde — PNS (2013) mostram que mais de 45% da população adulta (54 milhões de indivíduos) relata pelo menos uma DCNT (BRASIL, 2013). As DCNT demandam ações e procedimentos dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica. O trabalho de Nilson e colaboradores (2019) ressaltou a importância de priorizar políticas integradas e intersetoriais para a prevenção e o controle das DCNT, visto que, estas doenças demandam custos altos para o serviço público de saúde.

A abordagem das DCNT é priorizada pela Organização Mundial da Saúde com baseamento nas inúmeras evidências de melhor custo-efetividade na abordagem integrada dos fatores de risco. O SUS atua em todos os problemas e necessidades de saúde da população; portanto, todas as doenças são objeto de cuidado, mesmo as que não foram aqui destacadas, nos diversos serviços disponíveis no SUS (WHO, 2011).

A prevalência de excesso de peso e obesidade está aumentando em um ritmo alarmante em muitos países. (WHO, 2015). Não é de agora que os pesquisadores vêm alertando este aumento, o excesso de peso tem crescido entre crianças e adolescentes, no mundo (WHO, 2009). E pesquisas recentes reforçam a importância de políticas públicas para a prevenção da obesidade e para a promoção de hábitos saudáveis na sociedade brasileira (FERREIRA et al., 2019).

Segundo Beaglehole et al (2012) importantes estudos também apontam que as DCNT têm se tornado um grande obstáculo para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio.

5.2 Sobrepeso e obesidade na infância

O sobrepeso e a obesidade infantil, se não tratados, tendem a permanecer na adolescência e na idade adulta, predispondo as pessoas que sofrem com o desenvolvimento de doenças como diabetes, doenças cardíacas, distúrbios musculoesqueléticos, entre outras (ALBANIL et al, 2011). A obesidade na infância está aumentando rapidamente no mundo inteiro (LOPES et al., 2011), de acordo com Onis et al (2010), aproximadamente 43 milhões de crianças possuem sobrepeso ou obesidade e 92 milhões em risco de sobrepeso, com estimativa para 2020 de 60 milhões de crianças obesas e sobrepesadas.

A obesidade infantil hoje em dia está se apresenta com caráter epidêmico e pode ser reconhecida sua condição de prevalência de maneira ascendente em todo o mundo. A obesidade infantil pode estar associada a outras consequências negativas para a saúde de crianças, dentre estas: 1) o aumento de risco para doenças cardiovasculares; 2) diabetes melito; 3) hipertensão arterial sistêmica; e 4) problemas comportamentais. (BEGHETTO; MELLO, 2011).

O perfil nutricional do Brasil alerta para um grande problema de saúde pública, mostrando a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento da obesidade. Assim, o controle da obesidade configura-se como grande desafio para o SUS, sobretudo para a APS (FERREIRA, 2006). Além de desafios é importante ressaltar os custos que geram para o SUS (NILSON et al., 2019).

Neste contexto a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) destaca a relação desses dois pilares com a promoção da saúde, a segurança alimentar e nutricional, a redução da pobreza, a inclusão social e a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Reforça a importância de se considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, uma vez que as

escolhas individuais estão “determinadas” pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais (BRASIL, 2006).

Além da PNPS, o Ministério da Saúde atualizou o Guia Alimentar em 2014. O Guia Alimentar destaca o risco da ingestão de alimentos com elevada densidade energética e altos teores de gorduras, açúcar e sal na configuração da obesidade e DCNT. O documento já pautava o conceito de segurança alimentar e nutricional e recomendava medidas destinadas a afetar o “ambiente obesogênico”, como a regulamentação da publicidade de alimentos (BRASIL, 2014).

O guia alimentar de 2014 reconfigura o setor saúde na abordagem da questão alimentar, pois amplia o diálogo entre SUS e SISAN, considera a promoção da alimentação adequada e saudável como parte da construção de um sistema alimentar “social e ambientalmente sustentável” e destaca condicionantes da alimentação, desde a produção até o consumo. Suas recomendações baseiam-se em uma classificação de alimentos segundo o grau de processamento, sugerindo que se limite o consumo de alimentos processados e se evite o consumo de ultraprocessados. Essas novas recomendações introduzem um forte elemento de confronto com a indústria de alimentos, como sugerem alguns enunciados do documento, tais como: “alimentos ultraprocessados tendem a afetar negativamente a cultura, a vida social e o ambiente” (p. 45); “evite alimentos ultraprocessados” (p. 50). Além disso, o guia alimentar pode qualificar as medidas voltadas para mudanças nas decisões individuais ao considerar que “recomendações sobre alimentação devem levar em conta o impacto das formas de produção e distribuição dos alimentos sobre a justiça social e a integridade do ambiente” (p. 18) (BRASIL, 2014).

Um estudo sobre a relação da obesidade e pobreza no estado do Sergipe verificou que existe relação entre sobrepeso e obesidade em crianças que vivem em condições de pobreza e extrema pobreza, com particular representatividade naqueles municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nesse mesmo estudo, recomendou-se que tem que ser implementada uma política pública que subsidiasse e permitisse acesso a uma alimentação de qualidade às crianças, especialmente àquelas que são beneficiárias do Programa Bolsa Família (FERREIRA, 2010).

5.3 Atenção Primária a Saúde (APS)

Diante desse contexto de obesidade, o papel preventivo que os serviços de saúde podem desempenhar junto às crianças com obesidade é determinante na mudança de condutas adequadas devendo ser tratadas as causas do problema e não apenas os sintomas ou o quadro clínico aparente. É importante conhecer melhor as famílias de crianças obesas e construir a assistência estimulando suas potencialidades e seu protagonismo social (ROCHA, GERHARDT, SANTOS, 2007). O trabalho de Bartolini e colaboradores (2020) apresentam as ações de alimentação e nutrição realizados no âmbito da APS e ressalta que estas ações devem estar alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Como apresentado no trabalho de Braquinho e Lanza (2018) a atenção à saúde da criança no Brasil melhorou muito, o que resultou em avanços na redução da mortalidade infantil e da desnutrição e na ampliação da cobertura vacinal. Entretanto, ainda existem desafios como a mortalidade neonatal e a obesidade. Sabe-se que para o tratamento da obesidade infantil não existe uma única estratégia. Mas ações como, educação nutricional e adesão familiar, ao longo do tempo, conferem um potencial benefício e que podem serem realizadas na APS (FERNANDES; CONTERATO; MELLO, 2012). Além disso, ressalta-se a importância da atuação de uma equipe multiprofissional (FILGUEIRAS; SAWAYA, 2018).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A obesidade se apresenta como um problema real de saúde e entender bem as causas e as consequências é importante para conseguir agir de forma preventiva. A obesidade infantil pode afetar a saúde das crianças para o resto de suas vidas e está associada à obesidade na idade adulta e aos diversos problemas de saúde daí resultantes. Com o aumento da incidência de obesidade infantil existem outras consequências da obesidade para as crianças, entre as quais apneia obstrutiva do sono, problemas ortopédicos, hiperandrogenismo, diabetes do tipo 2 e doenças cardiovasculares. A equipe de saúde possui nos seus cadastros um total de 233 (100%) crianças (zero a seis anos), sendo que, 51 (21,9%) estão obesos. A obesidade é um problema grave e deve ser encarado com cuidado. Quanto mais cedo for tratado, maiores são as chances de cura e evitar complicações futuras.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Identificou-se que neste momento a principal problemática o constitui o elevado número de crianças com obesidade apreciada na população. Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver.

Na infância, algumas causas são determinantes para a obesidade infantil, como o desmame precoce e a introdução de alimentos complementares inapropriados. O sobrepeso infantil é um fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças, como colesterol, pressão alta e outros distúrbios cardiovasculares. Além disso, aumenta as chances do excesso de peso na vida adulta. O comportamento alimentar adotado pela família é outra causa da obesidade infantil. Os filhos de pais obesos têm mais chances

de apresentarem o distúrbio quando comparadas às crianças cujos pais têm peso normal. Elas adquirem hábitos alimentares inapropriados e costumam ser sedentárias – mais um fator de peso para o desenvolvimento da obesidade.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram selecionados quatro nós críticos, são eles:

- Comer grandes porções de alimentos
- Sedentarismo
- Consumo elevado de alimentos ultraprocessados
- Maus hábitos alimentares

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 1	Comer grandes porções de alimentos
6º passo: operações	Estabelecer práticas saudáveis de alimentação.
6º passo: Projeto	Uma alimentação com saúde.
6º passo: Resultados esperados	Diminuir em 50% o total de crianças com sobrepeso e obesidade. Implantar uma rotina de atividades de educação à população alvo
6º passo: Produtos esperados	Inclusão de ações que viabilizem uma diminuição de peso como parte da rotina de atividades da equipe com a população alvo Oficina que aborde o tema sobre como se alimentar de maneira correta, com a participação do Nutricionista.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: determinar profissional permanente para a realização de ações e acompanhamento da população alvo Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação da comunidade Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população
7º passo: Recursos críticos	Estrutural: determinar profissional permanente para a realização de ações e acompanhamento da população alvo Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população
8º passo: Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
8º passo: Ações estratégicas	Reuniões com gestores e lideranças comunitárias com o objetivo de apresentar resultados, discutir avanços e pactuar ações para o desenvolvimento da intervenção.
9º passo: Prazo	Data de início: 15 de junho de 2019 Data de finalização: 15 de agosto de 2019
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da USF Enfª Coord ESF
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada três meses.

Quadro 3: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 2	Sedentarismo
6º passo: operações	Mudar estilos de vida incrementando as atividades físicas. Aprendendo a conhecer os riscos
6º passo: Projeto	Esporte e Saúde
6º passo: Resultados esperados	Estimular a prática de rotina de exercício físico e reduzir a quantidade de crianças sedentários em mais de 45%.
6º passo: Produtos esperados	Programa de encontros desportivos sistematicamente entre os usuários atendidos da nossa comunidade. Estimular às competições desportivas de jogos de futebol, basquete e atletismo.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: locais ou ambientes com as condições necessárias para eventos desportivos. Cognitivo: Geração e gestão de programas desportivos e recreativos. Político: convocação da comunidade e articulação intersetorial. Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população, assim como para adquirir os insumos (balões, bolas)
7º passo: Recursos críticos	Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população, assim como para adquirir os insumos (balões, bolas)
8º passo: Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
8º passo: Ações estratégicas	Reuniões com gestores e lideranças comunitárias com o objetivo de apresentar resultados, discutir avanços e pactuar ações para o desenvolvimento da intervenção.
9º passo: Prazo	Data de início: 15 de junho de 2019 Data de finalização: 15 de agosto de 2019
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da USF Enfª Coord ESF
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada três meses.

Quadro 4: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 3	Consumo elevado de alimentos ultraprocessados
6º passo: operações	Oferecer orientações à população vulnerável.
6º passo: Projeto	Compreensão de conhecimentos para identificar grupos de alimentos.
6º passo: Resultados esperados	Usuários e famílias com maior informação sobre os riscos da obesidade à saúde, mediante a implementação de ações sistemáticas de educação à população, voltadas aos grupos mais vulneráveis identificados
6º passo: Produtos esperados	Avaliação do nível de informação de usuários Campanhas permanentes de ações educativas. Programa de acompanhamento às famílias.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: Determinar profissional permanente para a realização de ações e acompanhamento da população alvo Cognitivo: Informações atualizadas que abordem a problemática e estratégias de comunicação que permita uma aproximação do usuário ao problema da obesidade. Político: convocação da comunidade, e de entidades gestoras municipais (secretaria de saúde e secretaria de educação) Financeiro: Recursos financeiros que permitam a aquisição de recursos audiovisuais.
7º passo: Recursos críticos	Financeiro: Recursos financeiros que permitam a aquisição de recursos audiovisuais.
8º passo: Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
8º passo: Ações estratégicas	Reuniões com gestores e lideranças comunitárias com o objetivo de apresentar resultados, discutir avanços e pactuar ações para o desenvolvimento da intervenção.
9º passo: Prazo	Data de início: 15 de junho de 2019 Data de finalização: 15 de agosto de 2019
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da USF Enfª Coord ESF
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada três meses.

Quadro 5: Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevado número de crianças com obesidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Maria Barroso da Silva II, do município Rio Branco, estado do Acre.

Nó crítico 4	Maus hábitos alimentares
6º passo: operações	Incentivar consumo de fibras alimentares.
6º passo: Projeto	Alimentos só na hora certa.
6º passo: Resultados esperados	Diminuir em 50 % o total de crianças com sobrepeso e obesidade. Implantar uma rotina de atividades de educação permanente
6º passo: Produtos esperados	Inclusão de ações que viabilizem uma diminuição de peso como parte da rotina de atividades da equipe com a população alvo Oficina que aborde o tema sobre como se alimentar de maneira correta, com a participação do Nutricionista.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: determinar profissional permanente para a realização de ações e acompanhamento da população alvo Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação da comunidade Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população
7º passo: Recursos críticos	Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população
8º passo: Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Favorável
8º passo: Ações estratégicas	Reuniões com gestores e lideranças comunitárias com o objetivo de apresentar resultados, discutir avanços e pactuar ações para o desenvolvimento da intervenção.
9º passo: Prazo	Data de início: 15 de junho de 2019 Data de finalização: 15 de agosto de 2019
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da USF Enfª Coord ESF
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada três meses.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é uma doença multifatorial relacionada ao comportamento alimentar, aos distúrbios metabólicos e também determinada por influência genética. Uma vez estabelecido o diagnóstico em uma criança, o tratamento é mais difícil e demorado, isto tudo envolve recursos econômicos, pessoal treinado e capacitado e tempo.

Na realização deste trabalho, identificou-se a importância da conscientização das crianças e das pessoas responsáveis por estas, em relação as consequências desfavoráveis que trazem os maus hábitos alimentares assim como dos estilos de vida impostas pela sociedade atual. Incentivando à reflexão diante das técnicas educativas propostas, voltadas principalmente à prevenção e promoção de saúde, como principais ferramentas na atenção básica.

Assim, a participação de conjunto, de todos os entes interligados à saúde da população (gestores, equipe de saúde e comunidade) será determinante na construção de uma consciência aberta à mudança, capaz de refletir sobre a sua ação, aprender, adaptar-se e responder às exigências de melhoria continuada da saúde das crianças para, desta maneira, promover um futuro com melhor qualidade de vida para as crianças.

REFERENCIAS

ALBANIL, B, *et al.* Riesgo de mantener obesidad desde la infancia hasta el final de la adolescencia. **Rev Pediatr Aten Primaria**, n. 13, p. 199-211, 2011.

BARTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, 2020

BEAGLEHOLE, R. *et al.* Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. **Lancet**. p. 1283-1285, 2012.

BEGHETTO, M; MELLO, E. Evolução antropométrica em um programa ambulatorial o manejo do excesso de peso infantil. **Ver Amrigs**. n. 55, v. 3, p. 255-259, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013 Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em 15 abr. 2020.

BRANQUIHO, I. D; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Recom**, e2753, 2018.

FARIA, H. P. H.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.

FERNANDES, S. P; CONTERATO, E. V. C; MELLO, E. D. Manejo do paciente obeso pediátrico na atenção primária: proposta de uma abordagem terapêutica prática. **Rev HCPA**, v.32, n.4, 2012.

FERREIRA, A. P. S. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22: E190024, 2019.

FERREIRA, S. A obesidade como epidemia: **O que pode ser feito em termos de saúde pública?** Einstein. 2006. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/113-1-6.pdf>. Acesso em 10 abr. 2020.

FERREIRA, V, A; *et al.* Desigualdade, pobreza e obesidade. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**. n. 15, p. 1423-1432; 2010.

FILGUEIRAS, A. R; SAWAYA, A. L. Intervenção multidisciplinar e motivacional para tratamento de adolescentes obesos brasileiros de baixa renda: estudo piloto. **Rev Paul Pediatr**, v.36, n.2, p.186-191, 2018.

IBGE. CENSO 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac/riobranco.html>. Acesso em: 02 de jan. 2020.

LOPES, V. P. *et al.* Estudo do nível de desenvolvimento da coordenação motora da população escolar (6 a 10 anos de idade) da Região Autónoma dos Açores. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 3, n. 1, p. 47-60, 2011.

MELO, M. M.; LOPES, V. P. Associação entre o índice de massa corporal e a coordenação motora em crianças. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 27, n. 1, p. 7-13, 2013.

NILSON, E. A. F. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, 2019.

ONIS, M. *et al.* Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 92, p. 1257-164, 2010.

POETA, L. S. *et al.* Desenvolvimento motor de crianças obesas. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 18, n. 4, p. 18-25, 2010.

ROCHA, L.; GERHARDT, T. E; SANTOS, D. L. Desnutrição e excesso de peso em crianças menores de cinco anos no meio rural de Arambaré, RS: (Des) Construindo idéias repessando novos desafios. **Rev. Ciências e Cuidados em Saúde**. v. 6, n.2, abril/junho.2007.

SEMSA, Secretaria Municipal de Saúde, Rio Branco, ACRE. **Plano Municipal de saúde, 2018-2021**. Disponível em: <http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/portal/wp-content/uploads/2015/02/PLANO-MUNICIPAL-DE-SA%C3%9ADE-2018-A-2021.pdf>. Acesso em: 02 de jan. 2020.

WHO. World Health Organization Cancer Research Fund International. American Institute for Cancer Research. Policy and action for cancer prevention. Food, nutrition, and physical activity: a global perspective. Washington: World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research; 2009.

WHO. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; p.176, 2011.

WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2015.