

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ana Glayrce de Araújo Oliveira

**CUIDADO NUTRICIONAL PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA
INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

**Sobral- Ceará
2016**

Ana Glayrce de Araújo Oliveira

CUIDADO NUTRICIONAL PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à
banca de defesa do Mestrado Profissional em
Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, Universidade do Vale do
Acaráú.

Orientador: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão
Parente

Área de concentração: Saúde da família

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Sobral- Ceará
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Ana Glayrce de Araújo

Cuidado nutricional para controle e prevenção da obesidade na Estratégia Saúde da Família: implementação de uma estratégia educativa [recurso eletrônico] / Ana Glayrce de Araújo Oliveira. -- Sobral, 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 136 folhas.

Orientação: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

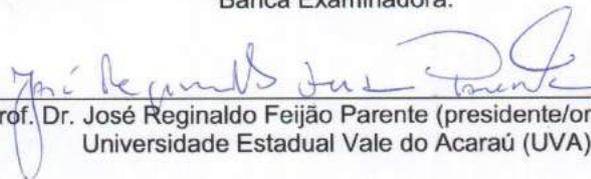
1. educação em saúde. 2. estratégia saúde da família. 3. obesidade. 4. arco de Charles Magueres. I. Título.

Ana Glayrce de Araújo Oliveira

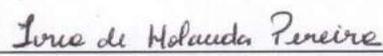
CUIDADO NUTRICIONAL PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família, Universidade do Vale do Acaraú.

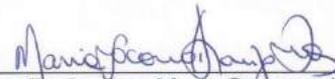
Banca Examinadora:



Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente (presidente/orientador)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Profa. Dra. Ivna de Holanda Pereira
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aprovado em: 31 de outubro de 2016
Sobral-Ceará

***Ao meu pai Luis Glairton e à minha mãe
Maria Gorete, grandes responsáveis por
essa conquista. Amo vocês, desde
sempre e para sempre!***

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo fôlego de vida, pelo Seu Amor Maior e por me sustentar com a Sua destra fiel dia após dia. Paizinho amado, sei que essa vitória vem de Ti! Toda honra e glória ao Seu Nome!

À minha pequena e tão amada Alice, filha querida que foi gerada ao longo desta trajetória e chegou em minha vida trazendo consigo um turbilhão de amor que me dá força para enfrentar tudo. Dizer que te amo é pouco, minha filha. Você é o meu sol!

Ao meu esposo Moisés pelo amor e companheirismo, pela paciência e compreensão nas horas que me ausentei, pelo carinho quando eu estava insegura, pelo cuidado quando me via cansada. Pela ajuda e alegria. Com apenas um sorriso você faz meu dia ser melhor. Te amo!

Aos meus pais Luis Glairton e Maria Gorete, meus grandes incentivadores, pelo amor incondicional, pela doação e apoio de todas as horas. Vocês sonharam os meus sonhos e me trouxeram até aqui. Na verdade essa vitória é de vocês, muito mais do que minha! Muito obrigada por tudo! Eu amo muito vocês!

Ao meu irmão Benedito e à minha cunhada Iriane pelo incentivo, pelos conselhos, pelas orações, pela disponibilidade, pela torcida. Por tudo, muito obrigada!

Aos meus sobrinhos Melissa e Mateus. Crianças lindas que trazem tanta alegria aos meus dias! Titia ama vocês!

À minha prima amada Rosilene que, juntamente com a minha mãe, cuidou da minha filha com muito amor e dedicação para que eu pudesse me voltar para os estudos que culminaram nessa produção. O seu apoio foi mais que fundamental.

Ao meu orientador Prof^o Reginaldo pela sua gentileza, mansidão, pelos ensinamentos. Saiba que eu aprendi muito com suas palavras e atitudes. Você tem a minha admiração. Obrigada por acreditar em mim!

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos, incentivo e apoio, mostrando-me o caminho para a conclusão deste sonho. Muito obrigada a todos!

Às professoras Maria Socorro de Araujo Dias e Ivna de Holanda Pereira e por aceitarem participar da minha banca, contribuindo com seus ensinamentos que tanto enriqueceram este trabalho. Muito obrigada!

À minha amiga e colaboradora da pesquisa Lana Raysa por toda dedicação e contribuições para com esse estudo. Essa conquista também é sua!

Aos colegas da minha turma de Mestrado, pela amizade, pelos momentos partilhados, pelo companheirismo. Vocês foram fundamentais nesta caminhada.

Às minhas companheiras de estrada e de quarto, Geovania, Antônia de Maria e Marta Célia, por tornarem tudo tão leve e divertido! A amizade de vocês foi um presente! Obrigada por tudo.

Às secretárias do mestrado Sarah e Priscila, pela amizade, pela disponibilidade, paciência e ajuda! À vocês minha gratidão.

Ao meu sogro Carlos Alberto e minha sogra Maria dos Remédios pelo carinho, pelo apoio e orações, e pelo amor. Amo vocês!

Ao meu cunhado Isaac e sua família por tantas vezes me acolherem em seu lar em Sobral, com muito amor e alegria. Vocês são especiais!

Aos amigos e companheiros de trabalho Paula, Nágila e Gilberto pelo incentivo e ajuda, principalmente quando precisava me ausentar do trabalho para cumprir as minhas obrigações de mestranda! Muito obrigada, vocês são muito especiais para mim.

Aos profissionais da Estratégia de Saúde Módulo 10 pela disponibilidade, colaboração e engajamento com o nosso estudo. Vocês foram essenciais.

À todos meu muito obrigada.

"O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção"

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo teve como objetivo realizar uma intervenção educativa pautada na problematização a partir do Arco de Maguerez junto a uma equipe de saúde da família sobre cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade. Trata-se de uma pesquisa intervencionista, com natureza aplicada e abordagem qualitativa, exploratória e de campo, utilizando como referencial metodológico o arco de Charles Maguerez. A mesma foi desenvolvida com a equipe profissional da unidade básica de saúde (UBS) módulo 10 da cidade de Parnaíba-PI e contou com a participação de sete profissionais, uma enfermeira, 1 uma auxiliar de serviços gerais, duas técnicas de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, no período de julho a agosto do ano de 2016. Utilizou-se para coleta das informações os seguintes elementos: anotações em diários de campo e entrevista individual. A organização e análise das informações teve como suporte as etapas que compõem o arco de Maguerez (observação da realidade, pontos chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade) bem como a análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (1977). Os resultados evidenciaram que os encontros educativos, pautados nas etapas do arco de Charles Maguerez, foram efetivos, pois houve sensibilização quanto ao problema obesidade, empoderamento de conhecimento através da busca ativa baseada na problematização, bem como ação através da elaboração de um plano de ação voltado para o tratamento da obesidade junto à comunidade assistida pelo módulo 10. Acredita-se que esta proposta foi bastante positiva e contribuiu com a experiência profissional dos participantes. Percebe-se também a necessidade da continuidade do desenvolvimento de ações educativas junto as equipes profissionais como meio de fortalecer o cuidado a população assistida pelas UBS da cidade de Parnaíba-PI.

Palavras-chave: educação em saúde, estratégia saúde da família, arco de Charles Maguerez, obesidade.

ABSTRACT

His study aimed to carry out an intervention guided by the questioning from Maguerez arch next to a healthcare team on family nutritional care for the prevention and control of obesity. It is an interventionist research with applied nature and qualitative approach, exploratory and field, using as methodological reference the arc Charlez Maguerez. The same has been developed with the professional staff of the basic health unit (BHU) in module 10 of the Parnaíba-PI and with the participation of seven professional, a nurse, 1 auxiliary of general services, two nursing techniques and three agents community health, from July to August 2016. It was used for data collection the following: notes on the field and individual interviews daily. The organization and analysis of information had to support the steps that make up the arc Maguerez (observation of reality, key points, theorizing, solution hypotheses and implementation of reality) and the content analysis as proposed by Bardin (1977). The results showed that educational meetings, guided the steps of the arc Charlez Maguerez were effective because there was awareness of the obesity problem, empowerment of knowledge through active search based on questioning and action by drawing up an action plan facing the treatment of obesity with the community assisted by the module 10. it is believed that this proposal was very positive and contributed to the experience of the participants. It is also realize the need to continue the development of educational activities with professional teams as a means to strengthen the care the population assisted by UBS Parnaíba-PI.

Keywords: health education, family health strategy, arc Charles Maguerez, obesity

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Etapas de aplicação do Arco de Charles Marguerez.	28
Figura 2. Mapa do estado do Piauí e suas principais cidades.	32
Figura 3. Mapa da cidade de Parnaíba-PI.....	33
Figura 4. Fluxograma das etapas concernentes à pesquisa.	36
Figura 5. Cartazes com gráficos a ilustrar a prevalência de excesso de peso entre os hipertensos e diabéticos assistidos pela equipe da ESF Módulo 10. Parnaíba – PI, 2016	47
Figura 6. Palavras geradoras sobre obesidade sob a percepção dos participantes da pesquisa. Parnaíba-PI, 2016.....	51
Figura 7. Pontos chaves de estudo levantados pelos participantes da pesquisa na segunda etapa do Arco de Marguerez. Parnaíba-PI, 2016.	53
Figura 8. Painel sobre alimentação e nutrição para a prevenção e controle da obesidade construído pelos participantes na terceira etapa do Arco de Charles Marguerez. Parnaíba-PI, 2016	55
Figura 9. Painel sobre atividade física e aspectos psicológicos na obesidade construído na terceira etapa do Arco Charlez Marguerez. Parnaíba-PI, 2016.	56
Figura 10. Painel sobre linhas de cuidado na Atenção Básica para o excesso de construído na terceira etapa do Arco Charlez Marguerez. Parnaíba-PI, 2016	57

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS Agente Comunitário de Saúde
AB Atenção básica
ABS Atenção básica de saúde
CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CC Circunferência da cintura
DCNT Doenças crônicas não transmissíveis
DM Diabetes Mellitus
EP Educação permanente
EPS Educação permanente em saúde
ESF Estratégia Saúde da Família
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE Instituto brasileiro de geografia e estatística
IMC Índice de massa corporal
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS Organização Mundial de Saúde
PNAN Política nacional de alimentação e nutrição
PNEPS Política nacional de educação permanente
POF Pesquisa de orçamento familiar
SISVAN Sistema de vigilância alimentar e nutricional
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS Unidade Básica de Saúde
VAN Vigilância alimentar e nutricional
WHO World Health Organization

Sumário

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Excesso de peso e obesidade: um problema de Saúde Pública	21
2.2 A relação entre alimentação e obesidade	23
2.3 A Educação em Saúde como estratégia de controle e prevenção da obesidade na Atenção Básica	26
2.4 Arco de Charles Margueres: uma metodologia ativa de aprendizagem	28
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 Tipo de Estudo	31
3.2 Cenário da Intervenção	33
3.3 Participantes do Estudo	35
3.4 Métodos e Procedimentos da pesquisa interventiva	36
3.4.1 Etapa 1: Articulações e contratualizações junto à equipe	37
3.4.2 Etapa 2: Intervenção Educativa (aplicando o Arco de Charles Margueres).....	38
3.4.4 Etapa 3: Avaliação do processo junto à equipe	43
3.5 Instrumentos de coleta de informações	44
3.6 Análise e interpretação dos dados	45
3.7 Aspectos Éticos	46
4 RELATOS DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA	48
4.1 A Ação Educativa	48
4.1.1 Etapa I: Observação da realidade.....	48
4.1.2 Etapa II: Levantamento dos pontos chaves.....	51
4.1.3 Etapa III: Teorização	55
4.1.4. Etapa IV: Elaboração de Hipóteses de Solução	60
4.1.5. Etapa V: Aplicação na realidade	62
4.2 Percepções dos participantes acerca da intervenção	65
4.2.1 O uso de metodologias ativas como facilitador do processo de ensino aprendizagem	65
4.2.2 O empoderamento sobre obesidade a partir da aprendizagem significativa: contribuições para a prática.	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES	94
APÊNDICE A	95
APÊNDICE B	96

APÊNDICE C	97
APÊNDICE D	130
APÊNDICE E	129
ANEXOS	131
ANEXO A	131
ANEXO B	13332
ANEXO C	13736

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e a nutrição são direitos humanos fundamentais registrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e incorporadas, recentemente, ao artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil. Além disso, constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006). Entretanto, o modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (BRASIL, 2012) tem entre seus propósitos a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis, e neste contexto a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se grandes desafios. (BRASIL, 2006)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000). No entanto, é oportuno evidenciar que a obesidade tem como determinantes proximais o padrão alimentar e o dispêndio energético.

Os panoramas mundial e brasileiro da obesidade têm se revelado como um novo desafio para a saúde pública, uma vez que sua incidência e sua prevalência têm crescido de forma alarmante nos últimos 30 anos (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2009). O padrão alimentar atual identificado por pesquisas nacionais evidenciam o fenômeno da transição nutricional na população brasileira, que se caracteriza pelo elevado percentual de consumo de alimentos ultraprocessados ricos em açúcar, gorduras saturadas, gorduras trans e sódio e pela redução de consumo de alimentos básicos como ovos, gordura animal, peixe, frutas, hortaliças, leguminosas, raízes, tubérculos e arroz. (IBGE, 2011)

Nesse contexto, a inserção da abordagem temática sobre alimentação e nutrição na Atenção Básica (AB) é uma demanda emergente visto que a AB de saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à

adoção de hábitos alimentares saudáveis. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), uma atenção básica fortalecida e resolutiva, a qual opere como parte de uma política e de um sistema de saúde públicos, integrados e integrais, pode responder efetivamente pela dupla carga de adoecimento dos países em desenvolvimento, dentre as quais se sustenta a obesidade como problema de saúde pública.

Assim, as propostas de intervenção na reversão do quadro de excesso de peso tanto em nível populacional quanto no cuidado individual, desenvolvidos pela AB, devem ser norteadas a partir das diversas concepções sobre alimentação, corpo, e saúde. Entretanto, para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de Saúde devem estar capacitados e sensibilizados para essa temática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, na maioria das vezes determinado por uma alimentação inadequada, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser, na maioria das situações, realizada no contexto da AB. (BRASIL, 2006)

Tradicionalmente, os trabalhadores e os serviços de saúde estão estruturados para atenderem aos sujeitos em um momento ou instante de sofrimento, quando este ocorre de forma aguda, demandando respostas imediatas e com grande chance de solução rápida. No entanto, quando falamos de obesidade, trata-se de abordar quadros de sofrimento que se prolongam por muito tempo, que alteram a vida cotidiana dos sujeitos e suas relações pessoais e interpessoais requerendo mudanças nos modos de se viver (BRASIL, 2008).

Dessa forma, é evidente que os profissionais de saúde da AB precisam ser orientados a abordar um processo contínuo de atenção no que diz respeito ao controle e prevenção da obesidade, pautado na longitudinalidade do cuidado, o qual se pode inserir a atenção nutricional para os indivíduos, famílias e comunidades. Para tanto, ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) com enfoque na temática são oportunas e necessárias no sentido de propiciar um processo de empoderamento sobre educação alimentar e nutricional, conforme preconizado nas diretrizes três e sete da PNAN (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que essas ações, além de garantirem a difusão de informação, viabilizam espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante

de sua realidade e assim promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania. (BRASIL, 2006)

Experiências de educação em saúde envolvendo conhecimentos no campo da vigilância alimentação e nutrição têm sido reconhecidas (JAIME ET AL, 2011; REZENDE, 2011). Nessa perspectiva, torna-se imprescindível e estratégica a intensificação dos processos formativos dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica em torno dos temas da alimentação e nutrição, visando não apenas a difusão dos conhecimentos, mas fundamentalmente a sua apropriação nas práticas de cuidados, muitas vezes ressignificando-as.

A Política Nacional de Educação em Saúde (PNEPS) contempla tal necessidade de imersão dos profissionais em um processo de educação em saúde, pautado na problematização e dialogicidade, considerando que aprendizagem no trabalho deve ser significativa e, portanto, realizada, prioritamente, dentro dos serviços de saúde, com vistas a incorporar o cotidiano das organizações e do trabalho. (BRASIL, 2007). Imbuídos nesse contexto a EPS busca a transformação das práticas de saúde, com vistas à integralidade da assistência, e com base nas necessidades sociais de saúde cumprindo um papel estratégico na dinâmica do funcionamento do SUS.

Para tanto, é pertinente que os processos formativos sejam ancorados na adoção das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem embasadas em abordagens problematizadoras e baseadas na filosofia da educação de adultos, tendo ainda uma orientação construtivista, na qual a problematização ou teoria libertadora revela a força motivadora da aprendizagem. Dessa forma, faz-se necessário o rompimento da lógica da transferência de conhecimentos pautada nas metodologias tradicionais, sob influência cartesiano-newtoniana, fragmentada e reducionista (MITRE et al, 2008).

Partindo desse pressuposto, à luz de Cyrino e Toralles-Pereira (2004), pode-se esperar que por meio da dialogicidade e contextualidade que estas metodologias propiciam, reflitam-se educandos ativos no seu processo de aprendizagem, partindo de problemas vivenciados por eles em suas relações com o mundo, com vistas a provocar um processo emancipatório.

Ao longo da minha atuação como nutricionista na AB a partir do trabalho desempenhado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF em Parnaíba-PI desde a sua implementação em 2009 até os dias atuais, tenho percebido juntamente

com a minha equipe o quanto os desvios provenientes do excesso de peso tem causado transtornos à saúde dos indivíduos e famílias por nós assistidos, afetando variados níveis sociais e, mesmo que mais prevalentes em adultos e idosos, todos os ciclos da vida, em maior ou menor proporção, tem sido afetados.

Ao passo que essa problemática cresce, se torna perceptível o quanto as pessoas precisam ser conscientizadas e provocadas a exercerem o seu autocuidado na perspectiva da prevenção/controle da obesidade e, para tanto, é necessário que haja mudanças comportamentais, dentre elas, modificações de hábitos alimentares. Neste contexto, é fundamental que as estratégias com foco no cuidado nutricional, desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família estejam empoderadas sobre os múltiplos aspectos relativo à problemática. Sendo a ESF a primeira referência em saúde dentro de uma comunidade.

Frente à minha experiência como educadora e recorrendo a ferramenta didático-pedagógica do Apoio Matricial que tenho utilizado dentro no meu trabalho no NASF, acredito que a Educação em Saúde a partir da Educação Permanente em Saúde tem viabilizado potenciais caminhos para o empoderamento, resignificação da prática e mudanças de atitudes: elementos que confluem para a ampliação do olhar sobre os indivíduos e coletividades contribuindo para a integralidade do cuidado.

Mediante a importância que Educação em Saúde assume no contexto do trabalho “vivo” no Sistema Único de Saúde (SUS) somada à relevância da obesidade enquanto problema de saúde pública, têm-se as seguintes questões norteadoras do estudo: Como uma intervenção educativa pautada na problematização pode contribuir para o empoderamento sobre obesidade por parte de uma equipe de saúde? Como as ações de cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade podem ser implementadas ou potencializadas a partir desse empoderamento?

No intuito de responder a essas inquietações, buscou-se realizar uma pesquisa interventiva ancorada nos pressupostos da Política Nacional Educação Permanente em Saúde e orientada metodologicamente por Bonernave e Pereira (2004) fundamentalmente em uma metodologia de intervenção da realidade com base nos pressupostos do Arco de Maguerez. A pesquisa também foi influenciada pelo pensamento de Paulo Freire no tocante à sua proposta de educação problematizadora, dialógica e emancipatória.

Assim, respaldando-se nos referenciais supracitados desenvolveu-se um estudo a partir da realização de uma intervenção educativa sobre obesidade com a

equipe profissional de uma unidade básica de saúde (UBS) na cidade de Parnaíba-PI contando com a participação de sete profissionais, uma enfermeira, 1 uma auxiliar de serviços gerais, duas técnicas de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, no período de julho a agosto do ano de 2016. Utilizou-se para coleta das informações os seguintes elementos: anotações em diários de campo, observação e entrevista individual. A organização e análise das informações teve como suporte as etapas que compõem o arco de Maguerez (observação da realidade, pontos chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade) bem como a análise de conteúdo conforme proposto por Bardin (1977).

O trabalho apresentou o seguinte objetivo geral: Realizar uma intervenção educativa pautada na problematização a partir do Arco de Maguerez junto a uma equipe de saúde da família sobre cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade e como objetivos específicos: Promover atividades de educação em saúde com os profissionais atuantes em uma Estratégia Saúde da Família tendo como foco a obesidade; fomentar o empoderamento da equipe acerca da temática obesidade a partir de metodologias ativas de aprendizagem pautadas em uma proposta problematizadora; apoiar os profissionais de Saúde no cuidado integral para a prevenção e controle da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.

Com base no anteriormente exposto, esta pesquisa contribuiu diretamente para a prática de uma equipe de saúde da família no tocante ao cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade por meio de uma intervenção educativa, participativa e problematizadora que visou respaldar os profissionais a partir do aprofundamento teórico, reflexão e consolidação/qualificação de práticas inerentes ao tema, ao passo que valoriza suas experiências acerca do assunto.

Para melhor compreensão, o presente trabalho está estruturado em capítulos e, além desta introdução, será desenvolvido da seguinte forma:

- Capítulo II: intitulado Fundamentação Teórica, este capítulo discorre sobre a revisão da literatura realizada durante a pesquisa e apresenta as contribuições dos principais teóricos estudados e os aspectos conceituais sobre obesidade, alimentação, educação em saúde e metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

- Capítulo III: intitulado Procedimentos Metodológicos, este capítulo aborda a metodologia que foi delineada para responder as questões norteadoras deste estudo e versa sobre o contexto empírico, as técnicas e procedimentos inerentes à intervenção educativa pautada na problematização a partir do Arco de

Maguerez junto a uma equipe de saúde da família sobre cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade.

- Capítulo IV: intitulado Relatos da Intervenção, encontra-se neste capítulo a apresentação e análise dos resultados emergentes da pesquisa interventiva, onde fazemos a discussão acerca das informações obtidas através da intervenção educativa e da aplicação das entrevistas junto aos participantes.

- Capítulo V: Reúne as considerações finais, assinala as contribuições da pesquisa e sugere possibilidades de aprofundamento posterior.

A seguir, apresentamos o Capítulo II, que versa sobre a revisão da literatura realizada durante a pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Excesso de peso e obesidade: Um problema de Saúde Pública

O excesso de peso é uma condição que desperta interesse desde a Antiguidade. Entretanto, apesar da existência de relatos a partir da Era Paleolítica sobre “homens corpulentos”, a prevalência de obesidade nunca se apresentou em grau epidêmico como na atualidade (PINHEIRO, FREITAS E CORSO, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença crônica, inflamatória, endocrinometabólica, heterogênea e multifatorial, em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. (BRASIL, 2012). Quando a gordura corporal atinge um nível maior ou igual a 25% do peso em homens e, maior ou igual a 32% do peso nas mulheres está configurado um quadro de excesso de adiposidade corpórea. (PONTES, SOUZA e NAVARRO, 2009).

A obesidade é reconhecida como doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1997 e está inserida no grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Para Carvalho (2005), a exposição crônica ao excesso de gordura corporal, é fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNT como dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes melitus tipo 2, doenças cardiovasculares e respiratórias, doenças do aparelho locomotor e certos tipos de câncer, patologias também crônicas, de difícil tratamento, redutoras da qualidade e quantidade de vida.

Consideradas como epidemia na atualidade, as DCNT constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas, fato observado tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (CARVALHO, 2005).

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações

diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea. (BRASIL, 2006)

No tocante à identificação da obesidade, esta pode ser classificada em dois tipos: andróide e ginóide. A obesidade do tipo ginóide é quando a gordura se distribui, principalmente, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas. Já a obesidade andróide, abdominal ou visceral, é quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdômen. É importante ressaltar que a obesidade abdominal está intimamente relacionada a incidência de doenças metabólicas e cardiovasculares, visto que associação da obesidade a estas doenças depende da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo. (BRASIL, 2014)

Entretanto, dentre os critérios para classificação diagnóstica da obesidade, o índice de massa corporal (IMC) é um dos mais indicados na literatura. Este, por sua vez, é obtido dividindo o peso da pessoa, expresso em quilos, pela altura (metros) elevada ao quadrado. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, devem ser considerados três níveis de classificação: obesidade classe I com IMC 30,00 - 34,99 Kg/m²; obesidade classe II com IMC 35,00 - 39,99 Kg/m²; e obesidade classe III com IMC > 40,00 Kg/m². Segundo a *World Health Organization* (WHO, 1998), o IMC é considerado um método universal para identificar pessoas obesas por ser um indicador barato, não-invasivo, de fácil aplicação e com boa aceitação pela população.

Frente aos critérios vigentes de rastreamento e identificação da obesidade, as estatísticas internacionais e nacionais apontam para um quadro preocupante. Os dados mais expressivos de prevalência de obesidade em nível mundial são provenientes do estudo WHO MONICA (*MONItoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*). Segundo este, a prevalência de sobrepeso e obesidade entre a população de 35 a 64 anos, gira em torno de 50%-75%, com predominância na população feminina. O estudo ainda ressalta que cerca de 64% dos homens e 77% das mulheres com Diabetes Mellitus Não-Insulino Dependentes poderiam, teoricamente, prevenir a doença se tivessem um IMC menor ou igual a 25 (PINHEIRO, FREITAS E CORSO, 2007).

No Brasil, segundo dados da última pesquisa de orçamentos familiares (POF 2008), cerca de 15% dos adultos apresentam obesidade e cerca de metade da população maior de 20 anos apresenta excesso de peso. O que mais chama a atenção nessa epidemia é a velocidade com que ela aumentou nas últimas décadas. Em 1975 (IBGE, 1976) a obesidade estava presente em 2,8% dos homens e 7,8% das

mulheres; já atualmente, o excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010).

Estudo recente realizado com os dados do Sistema de Vigilância de fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico (Vigitel) também analisou a variação temporal do excesso de peso e da obesidade nas capitais brasileiras entre 2006 e 2009 e apontaram para um aumento anual de 1,08% e 0,72% nas taxas de excesso de peso e obesidade, respectivamente, entre a população adulta brasileira. Verificou-se, ainda, que houve tendência de aumento de prevalência do excesso de peso para homens com 65 anos ou mais e que as mulheres com menos de 45 anos foram as que mais contribuíram para o aumento nas prevalências de excesso de peso entre 2006 a 2009 (GIGANTE et al., 2011).

Dessa forma, o aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do chamado mundo ocidental, em todas as faixas de idade e em ambos os sexos (BRASIL 2012). Esta crescente epidemia é também um produto do recente e conhecida Transição Nutricional que, segundo Popkin et al (2008), “é um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações”. Cabe pontuar que este evento também integra os processos de Transição Demográfica e Epidemiológica, visto que a probabilidade de acometimento por obesidade, vem normalmente associadas ao maior envelhecimento populacional e à mudanças comportamentais que geram a eclosão de DCNT.

2.2 A relação entre alimentação e obesidade

Ao longo da história, o homem passou por inúmeras transformações, bem como a forma de se alimentar, antes baseada na caça, pesca e coleta de vegetais, posteriormente verificou-se o processo de plantio de vegetais e criação de animais como forma de obter o alimento para subsistência de determinada comunidade, percebendo-se algum tempo depois a comercialização destes gêneros alimentícios. (CUPPARI, 2005).

O hábito da população mundial inclusive a brasileira tem sofrido influência da urbanização crescente e globalização. Neste sentido os brasileiros têm mudado o seu padrão alimentar antes baseado em “feijão com arroz”, hoje esse prato típico nacional tem perdido espaço para os chamados fast-food. De acordo Bleil (1998) o padrão alimentar que está sendo formado tem trazido prejuízos aos produtos tradicionais da dieta brasileira, como por exemplo, o feijão e a farinha de mandioca, estes estão sendo substituídos por produtos industrializados e com maior valor agregado.

A identidade brasileira está sendo engolida pelos padrões da “dieta ocidental” na qual a palatabilidade e a rapidez com que se prepara o alimento é mais importante do que o valor nutricional que o mesmo pode ofertar. Este cenário contribui de forma significativa para o surgimento de agravos a saúde, como a obesidade.

Sociedades modernas e industrializadas parecem convergir em um padrão dietético com alto conteúdo de gorduras totais, colesterol, açúcar, carboidratos refinados, baixo teor de ácidos graxos insaturados e de fibra, padrão frequentemente denominado “dieta ocidental” e ligado ao aumento de vida sedentária. (CUPPARI, 2005, pág. 64).

Para Oliveira (2008), a obesidade é o maior problema de saúde da atualidade e atinge indivíduos de todos os níveis socioeconômicos. Segundo este autor, o aumento da obesidade tem relação com: o sedentarismo, a disponibilidade atual de alimentos, a globalização da comida ocidental, erros alimentares e pelo próprio ritmo desenfreado da vida atual que muitas vezes pelo excesso de atividades não nos resta tempo para realizar as refeições básicas necessárias.

Sob semelhante perspectiva etiológica, a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2009) reconhece a obesidade como complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Em contrapartida, para o Ministério da Saúde a obesidade é, em suma, um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desbalanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta. (BRASIL, 2014)

Corroborando com as perspectivas etiológicas mencionadas, Reis (2003) evidencia a grande participação da nutrição irregular no excesso de adiposidade corporal, considerando que a obesidade constitui um estado de má nutrição, em decorrência de um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, induzido entre outros

fatores pelo excesso alimentar. Nesse sentido, é inegável que a alimentação é um importante fator tanto na prevenção como no tratamento da obesidade e de muitas doenças de alta prevalência nas sociedades atuais.

Alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes, mas também aos alimentos que contêm e fornecem os mesmos, a como alimentos são combinados entre si e preparados, a características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Por outro lado, a alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis. (BRASIL, 2012)

Uma alimentação saudável, de um modo geral, deve favorecer o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis. De acordo com o Ministério da Saúde, uma alimentação saudável não é cara e nem difícil de ser alcançada. Ela é composta de alimentos naturais e pouco processados, presentes na comida do dia-a-dia, como feijão, arroz, milho, frutas, legumes e verduras, sementes e castanhas, produzidos regionalmente, e que fazem parte do hábito das famílias. Uma alimentação saudável pode ser estimulada com receitas tradicionais de cada região do país e ser preparada com pequenas quantidades de açúcar, gordura e sal, a fim de proporcionar mais saúde às famílias. (BRASIL, 2010).

Na contramão de um estilo de vida saudável, a obesidade tem sido associada a um maior consumo de alimentos com alta densidade calórica, ricos em gordura saturada e açúcar, somada à diminuição do consumo de carboidratos complexos, fibras e da realização de atividade física no lazer. No Brasil, a exemplo do que acontece em outros países do mundo, o padrão alimentar atual inclui ainda um consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras, padrão este associado não somente à obesidade como a outras Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como obesidade, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares. (BRASIL 2014)

Frente à essa realidade, atualmente diversas iniciativas no campo das políticas públicas voltadas para a melhoria da alimentação e nutrição das populações em vários países do mundo propõem um conjunto de intervenções integradas que enfrentam o desafio de promover mudanças nos hábitos alimentares dos indivíduos e suas famílias, levando em consideração, principalmente, as práticas alimentares regionais, alimentos minimamente processados, culturalmente referenciados, acessíveis e de elevado valor nutritivo.

No Brasil, a Promoção da Alimentação Saudável é um eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL 2006), que busca reforçar a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Além disso, a promoção da alimentação saudável, também está colocada entre as seis prioridades do Pacto pela Vida (Brasil, 2006a) e na nova edição na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012) que tem entre seus propósitos a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis, e neste contexto a prevenção e o tratamento da obesidade configuram-se grandes desafios.

Cabe ressaltar que a obesidade também apresenta forte ligação com aspectos psicológicos que giram em torno dos padrões estéticos impostos pela sociedade de modo geral. Klein (2012) acredita que a mídia orienta de forma direta o culto ao corpo, fazendo com que o indivíduo faça comparações entre a sua forma física e a que deseja ter.

Damasceno *et al* (2005) acrescentam que a insatisfação corporal influenciada pela mídia tem determinado nas últimas décadas uma verdadeira compulsão pelo corpo ideal. Os jovens adultos apresentam características peculiares, pois estes são bastante volúveis, facilmente influenciados pela mídia, moda, líderes, deste modo trocam de opinião facilmente. De acordo com Branco (2006) O adolescente tem como característica comportamentos de contestação que o tornam vulnerável, seguidores de aparências o que os faz desenvolver preocupações ligadas a aparência e ao corpo. Neste sentido a obesidade pode gerar outras co-morbidades não somente de origem alimentar, mas também de ordem psicológica.

2.3 A Educação em Saúde como estratégia de controle e prevenção da obesidade na Atenção Básica

A Atenção Básica de Saúde (AB) é espaço preferencial para o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e prevenção da obesidade, além de ser potencialmente apta a fornecer atenção integral ao usuário com excesso de peso e suas comorbidades (BRASIL, 2006). Segundo Jaime et al (2011), a ABS deve focar suas prioridades em medidas simples, de baixo custo e sem potenciais efeitos adversos, como o aconselhamento nutricional em todos os ciclos da vida para a prevenção e o tratamento da obesidade.

Dentro desse contexto, o campo da alimentação e nutrição apresenta grande relevância, fazendo-se necessária a incorporação das suas ações no contexto da ABS, prevista na PNAN, na Política Nacional da Atenção Básica, na Política Nacional de Promoção à Saúde, dentre outros dispositivos legais que convergem para a Política Nacional de Saúde (MENEZES ET AL 2013). Porém, a baixa adesão e a precária existência das ações de alimentação e nutrição nas unidades de saúde implicam em limitar o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção.

Quando a equipe de Saúde não tem competência para manejar as condições crônicas, por falta de capacitação e/ou sensibilização, o problema pode afetar as relações entre a equipe e as pessoas usuárias e suas famílias (BRASIL, 2012). Desta forma, torna-se imperativo o investimento em processos formativos para a equipe de saúde, partindo do pressuposto que a aprendizagem deve se dar no trabalho, incorporando o aprender e o ensinar ao cotidiano das equipes. Os processos de capacitação devem ter como referência as necessidades de saúde da população, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Sob este enfoque, uma terminologia que precisa ser apresentada é o termo "educação em saúde" que visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. (SOUZA E JACOBINA, 2009). Entendida como um processo, a educação em saúde visa capacitar as pessoas e os grupos sociais para ação consciente em prol da saúde e do enfrentamento de elementos fundamentais da vida, tais como a nutrição. (REZENDE, 2011)

Dentro desse escopo, surge também o termo Educação Permanente (EP) que tornou-se política pública na área da saúde visando a (re)construção do conhecimento no e por meio do trabalho e, conseqüentemente, são instituídas estratégias e intervenções educacionais e de gestão (FUZISSAKI, CLAPIS E BASTOS, 2014). É proposta como uma nova forma de transformar os serviços, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos com a saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade (CECCIM, 2005).

Assim, para fomentar as ações de alimentação e nutrição em áreas estratégicas do SUS, a educação permanente se caracteriza como um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais, estimulando uma prática humanizada, interativa e multidisciplinar, abrindo caminho para uma reorganização da ABS. (MENEZES ET AL 2013). O conhecimento em nutrição pode gerar mudanças comportamentais específicas e positivas nos hábitos alimentares e uso mais eficiente dos recursos alimentares, constituindo estes objetivos da educação nutricional.

2.4 Arco de Charles Margueres: uma metodologia ativa de aprendizagem

A estratégia educativa incentivada pelo Ministério da Saúde é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, e reformulada em 2007, busca através da problematização da realidade, o desvelamento crítico das práticas profissionais e a transformação das ações de atenção à saúde. (BRASIL, 2007)

Problematizar, portanto, não é apenas apresentar questões, mas, sobretudo, expor e discutir os conflitos inerentes e que sustentam o problema. Trata-se de um caminho metodológico que visa o pensamento crítico e criativo, além da preparação para uma atuação política. (COLOMBO E BERBEL 2007). De acordo com Berbel, na problematização, o sujeito percorre algumas etapas e, nesse processo, irá refletir sobre a situação global de uma realidade concreta, dinâmica e complexa, exercitando a práxis para formar a consciência da práxis.

Para tanto, é fundamental a adoção de metodologias ativas de aprendizagem, dentre as quais, pode-se ressaltar o Método do Arco, de Charles Margueres, apresentado a seguir por meio do esquema de Bordenave e Pereira (2004).

Figura 1. Etapas de aplicação do Arco de Charles Margueres.



Fonte: Bordenave e Pereira (2004)

Neste esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática). Esta metodologia é considerada de ensino, de estudo e de trabalho, e pode ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade.

Mitre e colaboradores (2008), fazem referência à aplicação do Método do Arco no contexto das metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde e, na oportunidade, faz uma breve e clara descrição de cada etapa proposta:

A primeira etapa é da observação da realidade. O processo ensino-aprendizagem está relacionado com um determinado aspecto da realidade, o qual o estudante observa atentamente. Nessa observação, ele expressa suas percepções pessoais, efetuando, assim, uma primeira leitura sincrética da realidade.

Na segunda etapa, pontos-chave, o estudante realiza um estudo mais cuidadoso e, por meio da análise reflexiva, seleciona o que é relevante, elaborando os pontos essenciais que devem ser abordados para a compreensão do problema.

Na terceira etapa, o estudante passa à teorização do problema ou à investigação propriamente dita. As informações pesquisadas precisam ser analisadas e avaliadas, quanto à sua relevância para a resolução do problema. Se a teorização é adequada, o aluno atinge a compreensão do problema nos aspectos práticos ou situacionais e nos princípios teóricos que o sustentam.

Na confrontação da realidade com sua teorização, o estudante se vê naturalmente movido a uma quarta etapa: a formulação de hipóteses de solução para o problema em estudo. A originalidade e a criatividade serão estimuladas e o estudante precisará deixar sua imaginação livre e pensar de maneira inovadora. Deve, ainda, verificar se suas hipóteses de solução são aplicáveis à realidade, e o grupo pode ajudar nessa confrontação.

Na última fase, a aplicação à realidade, o estudante executa as soluções que o grupo encontrou como sendo mais viáveis e aprende a generalizar o aprendido para utilizá-lo em diferentes situações. Assim, poderá, também, discriminar em que circunstâncias não são possíveis ou convenientes sua aplicação, exercitando tomadas de decisões e aperfeiçoando sua destreza.

Ao completar o Arco de Maguerez, podem surgir novos desdobramentos, exigindo a interdisciplinaridade para sua solução, o desenvolvimento do pensamento crítico e a responsabilidade do estudante pela própria aprendizagem. Tal experiência propicia o exercício da dialética de ação-reflexão-ação, tendo sempre como ponto de partida a realidade social.

Desta forma, conforme Cyrino e Toralles-Pereira (2004), pode-se inferir que por meio deste método, têm-se educandos ativo no seu processo de aprendizagem, partindo de problemas vivenciados por eles em suas relações com o mundo, visto que a educação problematizadora apoia-se na relação dialógica, resultando num processo emancipatório.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A palavra método advém do latim “*methodus*” o qual exprime caminho para conseguir algo. Dessa forma a metodologia vem traçar os procedimentos necessários para chegar a um determinado fim. Levando este conceito para a elaboração de uma pesquisa é percebido que existem inúmeras possibilidades de caminhos a serem seguidos de acordo com a percepção de cada autor. Para Chizzotti (2006), a metodologia é conceituada como “um conjunto de conhecimentos específicos e sistematizados com técnicas e métodos próprios.” Desse modo, a metodologia se torna imprescindível para a realização de uma pesquisa científica, pois é através dela que um trabalho toma forma e valor científico. Cabe ao pesquisador escolher os métodos e técnicas mais adequados ao seu trabalho, pois são esses os seus instrumentos para a construção de uma evidência científica.

Marconi & Lakatos (2003, p.83) apresentam a seguinte definição sobre método.

“O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo- conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.”

Por sua vez Goldenberg (2004) a palavra método corresponde a uma observação de forma sistemática dos fenômenos que compõem a realidade, utilizando-se de uma sucessão de passos orientados por conhecimentos teóricos. Sendo assim pode-se afirmar que o método é o percurso pelo qual se deve trilhar de maneira organizada para atender a um determinado objetivo.

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de uma pesquisa intervencionista pois se comprometeu não somente com a produção de conhecimento, mas também com as mudanças relacionadas à conscientização do sujeito participante ativo desse processo. Do ponto de vista da sua natureza, a pesquisa é aplicada visto que objetivou gerar conhecimentos para a aplicação prática envolvendo valores coletivos e interesses locais.

Sendo assim Gerhardt e Silveira (2009), consideram que as pesquisas aplicadas têm por objetivo fornecer conhecimentos novos para serem utilizados na prática bem como para solucionar problemas específicos. Já para Gil (2008) a pesquisa aplicada apresenta como característica principal o desejo de aplicar, utilizar e praticar o conhecimento, a aplicação desta não está ligada a formulação de novas teorias, mas para aplicação imediata em uma realidade.

Quanto ao tipo de abordagem do problema, tratou-se de uma pesquisa qualitativa visto que parte da lógica que há uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números. Conforme o descrito por Minayo,

a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2001, p. 14).

Turato (2011) acredita que o método qualitativo é utilizado quando se pretende estudar a qualidade do objeto, bem como formular um maior conhecimento em torno das propriedades que lhe são específicas, sendo possível assim compreender os aspectos estudados em sua essência.

Desta forma entende-se que uma pesquisa qualitativa preocupa-se, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

De acordo com a classificação dos objetivos da pesquisa, esta classificou-se como exploratória. Para Gil (2008) a pesquisa exploratória tem como objetivo adquirir maior familiaridade com o problema tornando propícia a formulação de hipóteses. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

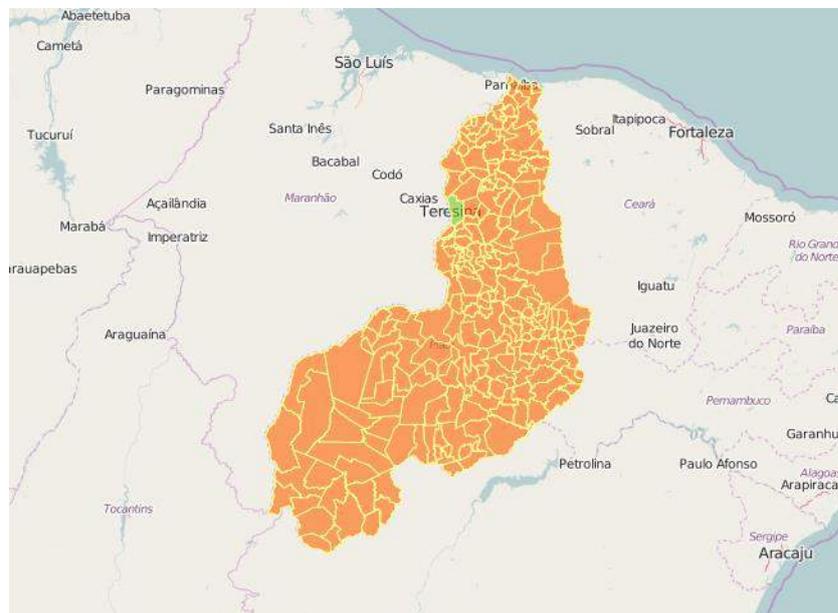
Ainda em relação as classificações metodológicas, tem-se que esta pesquisa também se caracteriza como de campo, pois, a pesquisadora realizou seus estudos fora do espaço acadêmico, mais especificamente na unidade básica de saúde do módulo 10 na cidade de Parnaíba. Sobre a pesquisa de campo Gil (2008) afirma

que as pesquisas de campo promovem ações junto à comunidade de pessoas que se deseja conhecer o comportamento perante as situações.

3.2 Cenário da Intervenção

A intervenção foi realizada em uma unidade básica de saúde, mais especificamente o do módulo 10 localizado na zona urbana da cidade de Parnaíba-PI. O estado do Piauí é considerado o terceiro maior estado pertencente a região nordeste do Brasil, com população de aproximadamente 3.204.028 habitantes e área de 251.611,934 km², possui 224 municípios distribuídos de norte a sul do estado, tendo por capital a cidade de Teresina, sua densidade demográfica é de 12,4 hab./km² e seu rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente é de aproximadamente 729 reais. (IBGE, 2015).

Figura 2. Mapa do estado do Piauí e suas principais cidades.



Fonte: IBGE, 2015.

A cidade de Parnaíba está localizada na região do litoral piauiense, tendo como limites o município de Ilha Grande, o oceano Atlântico, as cidades de Buriti dos Lopes, Cocal, Luís Correia, e o estado do Maranhão (CPRM, 2004). Tem uma população de aproximadamente 149.803 mil habitantes, distante 336 km da Capital do Estado situada na região Norte (Baixo Parnaíba) do Estado do Piauí (PI), sendo a

segunda cidade mais povoada do Estado, menor apenas que a capital Teresina. Parnaíba possui área de 435,573 km² (IBGE, 2015).

Figura 3. Mapa da cidade de Parnaíba-PI



Fonte: IBGE, 2015.

A maior concentração populacional de Parnaíba é na zona urbana. O município é considerado importante polo regional de saúde, sendo sede de macrorregião da planície litorânea formada por 11 municípios, recebendo muitos usuários de estados vizinhos, como Ceará e Maranhão.

Conforme dados do IBGE (2010) Parnaíba é uma cidade voltada para o setor terciário, onde 70% de sua população obtém sua renda principalmente através de atividades voltadas para o comércio e a prestação de serviços. No entanto um percentual minoritário da população adquire seus proventos através dos setores primário e secundário.

A atenção primária local adota o modelo Estratégia Saúde da Família e conta com 40 unidades básicas de saúde, distribuídas em quatro distritos municipais de saúde, sendo 37 localizados na sede e 3 na zona rural, além de 04 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, sendo uma por distrito.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Módulo 10 localizada à zona urbana, no território do Distrito 4 de

Saúde, com área adstrita ao Bairro Piauí, o mais populoso da cidade com 17.943 habitantes. A ESF em questão assiste a 1232 famílias e tem 14 profissionais conformando a equipe, dentre eles uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde. Conta ainda com o apoio de uma equipe de NASF composta por 7 profissionais, dentre eles um psicólogo, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma educadora física.

Por meio de um trabalho em equipe, estes profissionais desenvolvem ações de saúde da criança, saúde da mulher, atenção à hipertensão, ao diabetes, à tuberculose e à hanseníase, visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e demais ações norteadas pelas necessidades do território. A ESF também desenvolve o monitoramento do SISVAN – Bolsa Família, Programa saúde na Escola, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Programa Vitamina A Mais e Programa Saúde do Ferro.

Dentre as motivações para a escolha da unidade básica de saúde do módulo 10, cabe salientar que a pesquisadora desde o ano de 2009 desenvolve um trabalho juntamente com sua equipe de NASF no distrito quatro da cidade de Parnaíba, local onde está inserida esta UBS. Outro fator relevante se configura pela postura ativa e interessada dos profissionais desta unidade em atividades junto a população assistida pela UBS, o que facilitou a escolha do local.

3.3 Participantes do Estudo

Para Marconi & Lakatos (2003) a população a ser pesquisada ou o universo da pesquisa, é representado pelo conjunto de pessoas que partilham de pelo menos, uma característica em comum.

Os participantes deste estudo compreenderam os/as profissionais de ambos os sexos que atuam na Estratégia Saúde da Família Módulo 10 com área adstrita situada no Bairro Piauí no Distrito 4 de Saúde de Parnaíba-PI. A equipe é formada por 14 profissionais, sendo eles uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um médico e dez agentes comunitários de saúde.

Frente a lógica que imprime a necessidade de estabelecimento de critérios que possibilitem o estabelecimento do perfil do sujeito participante da pesquisa, foram definidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes no estudo:

- Fazer parte do quadro de profissionais da Estratégia de Saúde da Família Módulo 10 em Parnaíba – PI;
- Ter no mínimo um ano de exercício profissional na dita equipe;
- Estar atualmente exercendo suas atividades na ESF Módulo 10;
- Emitir consentimento livre e esclarecido para o aceite de participação da pesquisa.

Sob a mesma perspectiva, tem-se os seguintes critérios de exclusão dos participantes no estudo:

- Manifestar em algum momento da pesquisa o desejo e decisão de retirar-se;
- Não ter o mínimo de 75% (setenta e cinco por cento) de frequência nas etapas do estudo;
- Se afastar do trabalho no período de realização da pesquisa

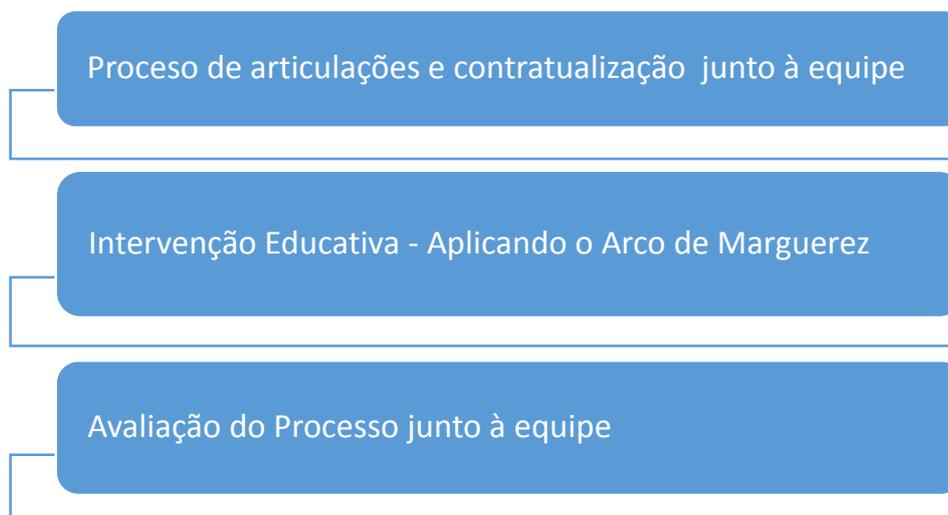
A pesquisa inicialmente buscou trabalhar com a equipe de forma completa através de convites e sensibilizações para a participação no estudo, no entanto visto a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão durante as etapas do processo de coleta de dados, considerou-se o resultado de 50% da equipe, ou seja, 7 (sete) dos 14 (catorze) profissionais, sendo eles 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) auxiliar de serviços gerais, 2 (duas) técnicas de enfermagem e 3 (três) agentes comunitários de saúde.

Os encontros com a equipe ocorreram de julho a agosto do ano de 2016 e se deram no auditório da ESF módulo 13, bem como ocorreram em uma igreja pertencente a comunidade do módulo 10.

3.4 Métodos e Procedimentos da pesquisa interventiva

Os procedimentos adotados para a coleta das informações foram desenvolvidos em quatro etapas distintas conforme o ilustrado na Figura 4.

Figura 4. Fluxograma das etapas concernentes à pesquisa.



Fonte: Própria

Para um melhor entendimento acerca do desenvolvimento de cada fase da pesquisa interventiva, serão detalhados a seguir os procedimentos metodológicos relativos à cada etapa da intervenção.

3.4.1 Etapa 1: Articulações e contratualizações junto à equipe

O processo de articulação e contratualização com a equipe se deu no primeiro encontro marcado com a mesma, após alguns contatos com a gerência da Unidade Básica de Saúde Módulo 10. A reunião, por sua vez, aconteceu no dia 04/07/2016 na sala de espera da própria unidade de saúde e teve duração de 1 hora e 15 minutos. Na oportunidade se fizeram presentes 11 (onze) dos 14 (catorze) integrantes da equipe multidisciplinar haja vista que, além da ausência do médico, dois agentes comunitários de saúde estavam de férias e não se fizeram presentes.

No momento do encontro houve apresentação dos objetivos da pesquisa interventiva e dos aspectos éticos e metodológicos relativos à mesma, bem como da intencionalidade de estar realizando tal intervenção na dita equipe. Por conseguinte foi realizado o convite referente à participação dos profissionais na pesquisa e, feito isso, avançou-se nas contratualizações.

Destarte, foram pactuadas em grupo as datas, horários, locais e periodicidade dos encontros conforme a maior adequação a necessidade das profissionais participantes. Esta pode ser considerada como uma medida de

construção de vínculos, ao mesmo tempo preventiva que visou minimizar o risco de desinteresse e não participação dos profissionais no processo de trabalho previsto para o presente estudo.

A respeito da necessidade de produzir pactuações e negociações para a construção da viabilidade de uma intervenção educativa, considera-se que essa forma de realizar a educação dos profissionais de saúde, além de possibilitar a qualificação propriamente dita, torna-se um importante espaço de negociação coletiva e democracia participativa em nível institucional. (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011)

No tocante às articulações, ressalta-se ainda o tempo utilizado pela pesquisadora para o planejamento de cada encontro, com o objetivo de propiciar aos participantes, a intervenção educativa sobre o tema obesidade utilizando de forma clara as etapas do arco de Charles Margueres. O desenvolvimento das etapas deste método requer análise criteriosa e reflexão do objeto de estudo e um planejamento bem delineado para que os resultados sejam alcançados. (BORILLE, 2012)

3.4.2 Etapa 2: Intervenção Educativa (aplicando o Arco de Charles Margueres).

A Etapa 2 do estudo foi marcada pela intervenção educativa em si por meio da aplicação de uma metodologia com base nos pressupostos do Arco de Magueres à luz de um esquema onde constam cinco etapas: Observação da Realidade; Pontos Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade.

O desenvolvimento de cada etapa do Arco foi composto por: mediador (pesquisadora) e demais participantes. Os registros da intervenção foram feitos em diários de campo (APÊNDICE A) preenchidos pela pesquisadora com o auxílio da observação participante. A observação participante é uma técnica muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano. (BATISTA, 2009)

Dessa forma, as atividades concernentes à Etapa 2 da pesquisa ocorreram no período de 22 de julho à 03 de agosto de 2016, totalizando cinco encontros presenciais. Descreve-se sinteticamente, a seguir, o que foi planejado para cada encontro.

3.4.2.1 Primeiro encontro

1º Encontro: A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez

Data: 04.07.2016.

Local: Unidade Básica de Saúde Módulo 10

Carga horária: 1 hora.

Objetivos: Apreender as características da Metodologia da Problematização com o Arco de Charles Marguerez.

Desenvolvimento metodológico: Exposição ao grupo acerca da Metodologia problematizadora com a apresentação do Arco de Charles Marguerez e suas etapas, diálogos, orientações e encaminhamentos.

Durante a primeira reunião de contratualização com a equipe, aproveitou-se o momento de apresentação da proposta de intervenção para expor aos presentes as características do Método do Arco, de Charles Maguerez, apresentado por meio da projeção visual do esquema de Bordenave e Pereira (2004). O entendimento acerca da metodologia problematizadora foi facilitado mediante à exposição dialogada das cinco etapas inerentes ao método, como forma de explicar como seria realizada cada etapa que compusera o processo de intervenção. Na sequência, foram realizadas em grupo algumas deliberações referentes às etapas subsequentes, como definição de datas, horários e locais.

3.4.2.2 Segundo encontro

2º Encontro: Observação da Realidade, definição do problema e dos pontos-chaves para a compreensão do problema.

Data: 22.07.2016.

Local: Auditório da Unidade Básica de Saúde Módulo 13

Carga horária: 4 horas.

Objetivos: Realizar o desenvolvimento da primeira e segunda etapa do Arco de Charles Margueres.

Desenvolvimento metodológico: Exposição de painéis relativos ao estado nutricional de parte da comunidade; reflexões e definição do problema; levantamento das percepções acerca do mesmo, definição de pontos de estudo para uma melhor compreensão sobre o problema

Em vistas de proporcionar a observação da realidade, foram expostos cartazes nas paredes do auditório, os mesmos continham gráficos ilustrando a classificação do peso e circunferência da cintura de hipertensos e diabéticos. Salienta-se que os dados foram previamente coletados para posterior análise e construção de gráficos. Feito isso, seguiu-se às reflexões e discussões do grupo para a definição do problema.

Após a observação da realidade, foi dado início ao levantamento dos pontos chaves para a compressão do problema. Para tanto, inicialmente, foi realizado um momento de socialização das percepções individuais acerca da problemática seguida de construção de uma definição coletiva para a mesma. Posteriormente ao diálogo acerca dos conhecimentos prévios, utilizou-se um painel em branco para que os participantes elegessem e transcrevessem quais deveriam ser os pontos chaves a serem estudados, a partir do reconhecimento de aspectos que mereciam maior aprofundamento teórico com vistas à uma melhor compreensão sobre o problema.

3.4.2.3 Terceiro encontro

3º Encontro: Teorização.

Data: 27.07.2016.

Local: Auditório da Unidade Básica de Saúde Módulo 13

Carga horária: 4 horas.

Objetivos: Realizar o desenvolvimento da terceira etapa do Arco de Charles Marguerez.

Desenvolvimento metodológico: Estudos em grupo com os materiais de apoio; oficina de colagens; socialização da aprendizagem.

Para dar suporte à realização da etapa de teorização do arco de Charles Marguerez, foi elaborada e disponibilizada uma cartilha educativa com o intuito de colaborar com o aprofundamento teórico sobre o tema. A mesma foi elaborada tomando por base o levantamento dos pontos chaves enumerados pelos participantes na etapa anterior. Para auxiliar nesta etapa, foram ainda disponibilizados outros materiais de apoio: o Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014) e os Cadernos de Atenção Básica nº 12 (BRASIL, 2006) e nº 38 (BRASIL, 2014) que tratam, respectivamente, sobre a obesidade e sobre as estratégias para o cuidado da pessoa com obesidade.

Os estudos foram realizados em grupo e a aprendizagem foi socializada por meio de diálogos e apresentação de painéis construídos pelos aprendizes nas oficina de colagens.

3.4.2.4 Quarto encontro

4º Encontro: Teorização.

Data: 29.07.2016.

Local: Auditório da Unidade Básica de Saúde Módulo 13

Carga horária: 2 horas.

Objetivos: Prosseguir com o desenvolvimento da terceira etapa do Arco de Charles Margueres.

Desenvolvimento metodológico: Estudos em grupo com os materiais de apoio; oficina em antropometria; socialização da aprendizagem.

No quarto encontro, deu-se continuidade às atividades inerentes à etapa da Teorização, com momentos de aprendizagens oportunizados através de uma oficina sobre técnicas de aferição em antropometria e identificação da obesidade. Para tanto utilizou-se balança plataforma mecânica, antropômetro e fita métrica. É importante destacar que este momento também foi apoiado com os materiais educativos citados anteriormente e manteve a dialogicidade pertinente à problematização.

3.4.2.5 Quinto encontro

4º Encontro: Levantamento das hipóteses de solução e aplicação à realidade

Data: 03.08.2016.

Local: Igreja Católica Nossa Senhora da Conceição

Carga horária: 4 horas.

Objetivos: Realizar o desenvolvimento da quarta e quinta etapa do Arco de Charlez Marguerez.

Desenvolvimento metodológico: tempestade de ideias, diálogos em grupo e construção e um plano de ação e estratégias

O quinto encontro se refere ao levantamento de hipóteses e aplicação da realidade onde cada participante foi chamado a um momento de construção individual relativamente às hipóteses de solução para o problema. Seguidamente deu-se início à tempestade de ideias de forma coletiva com o intuito de aperfeiçoar as ideias em equipe a partir da discussão grupal para que pudessem ter aplicabilidade prática dentro da realidade da UBS módulo 10 e seu território.

Dessa forma, a partir desse ponto, deu-se início a última etapa que completa o Arco de Charles Marguerez: Aplicação da hipóteses de solução à realidade. Para tanto, a equipe começou a trabalhar em um plano de ação, exequível em um ano, no sentido de fortalecer as ações de cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade. Para cada ação eleita, foram listadas estratégias, metas para o desenvolvimento da ação, responsáveis, parceiros e avaliação dos resultados.

3.4.4 Etapa 3: Avaliação do processo junto à equipe

Na última etapa do processo interventivo, foi realizada uma avaliação por meio de entrevistas direcionadas aos sete participantes selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão, o que permitiu conhecer a contribuição desta para a percepção, posicionamento e atitudes dos mesmos frente ao problema indutor da intervenção.

Essa técnica de coleta de dados permite ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema, mas também oferece flexibilidade muito maior, posto que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista. Além disso, possibilita a captação a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas (JUNIOR; JUNIOR, 2008).

As entrevistas foram realizadas individualmente e conduzidas pela pesquisadora guiada por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) com seis perguntas abertas que serviu como um guia para a orientação da entrevista, permitindo assim uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações foram sendo fornecidas pelo entrevistado. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos, foram gravadas e, posteriormente, transcritas para então serem analisadas.

3.5 Instrumentos de coleta de informações

Como a presente pesquisa assumiu um caráter qualitativo e exploratório foram empregadas diferentes técnicas de coleta de dados de acordo com a fase da pesquisa, isso por que esse tipo de abordagem oferece diferentes possibilidades para o levantamento das informações. Na fase de contratualização com a equipe e intervenção educativa foram utilizadas a observação participante aliada ao diário de campo, enquanto na fase de avaliação a entrevista foi adotada como instrumento de coleta apoiada por um roteiro de entrevista semiestruturado.

A observação enquanto técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa traz como vantagem a possibilidade de um contato pessoal do observador com o objeto de investigação permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e apreender o significado que atribuem à sua realidade e às suas ações. Nesta pesquisa interventiva foi adotada a observação participante por ser geralmente utilizada em situações em que as pessoas se encontram desenvolvendo atividades em seus cenários naturais. Consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo e não pressupõe qualquer instrumento específico que direcione a observação. (LIMA *et al*, 1999)

Além da observação, foi utilizado o diário de campo nas primeiras fases da pesquisa, onde foram registradas as informações e situações que ocorreram durante a realização da intervenção para uma posterior análise. Para Araújo *et al.* (2013):

[...], o diário tem sido empregado como modo de apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas dos sujeitos do estudo e como um esforço para compreendê-las. [...]. O diário também é utilizado para retratar os procedimentos de análise do material empírico, as reflexões dos pesquisadores e as decisões na condução da pesquisa; portanto ele evidencia os acontecimentos em pesquisa do delineamento inicial de cada estudo ao seu término. (ARAÚJO *et al.*, 2013, p. 54)

No diário de campo foi feita a narração do que foi observado, do que foi ouvido, visto, sentido e experienciado no trabalho de campo. As anotações foram preferencialmente registradas ainda no cenário da atividade da pesquisa, ou em algumas horas depois da atividade de campo.

Na fase de avaliação, a última da pesquisa, foi empregada a entrevista. Ribeiro (2008 p.141) trata a entrevista como:

A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos entrevistadores.

Para Gil (1999), a entrevista é seguramente a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados de que dispõem as ciências sociais posto que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista.

3.6 Análise e interpretação dos dados

Realizou-se a análise em conformidade com cada encontro correspondente à etapa do Arco de Maguerez aliando a observação participante às notas do Diário de Campo de forma a considerar o cuidado necessário para preservar os detalhes das informações. O diário de campo consistiu em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões para uso em atividades de pesquisas e/ou registro do processo de trabalho.

Ainda foi realizada a análise das falas e sentidos emergentes nas entrevistas no sentido de apreender as contribuições da intervenção educativa para

os participantes. Para tanto, foi utilizado também o método de Análise de Conteúdo. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Ainda que diferentes autores proponham diversificadas descrições do processo da análise de conteúdo, no estudo serão adotadas as etapas da técnica propostas por Bardin (1977) replicada recentemente por Silva e Fossá (2015): 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-análise, compreende a leitura flutuante e organização do material e efetua-se a ser investigado. A segunda fase, exploração do material consiste na construção das operações codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Por fim, a terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). (SILVA E FOSSÁ, 2015).

Assim todas as três fases relatadas acima foram realizadas com o material obtido através das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa que se enquadraram nos critérios propostos pela mesma, obtendo deste modo grande riqueza de detalhes e organização do trabalho.

3.7 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, buscando preservar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos participantes da pesquisa.

A intervenção foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob número de CAAE: 54517916.1.0000.5053 (ANEXO B). Também foi solicitada autorização formal (ANEXO A) por parte da Coordenação Geral de Atenção Básica de Parnaíba-PI.

Anteriormente à implementação da intervenção, os trabalhadores que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(APÊNDICE C), depois de serem esclarecidos sobre os objetivos do estudo, o aspecto voluntário do consentimento e a possibilidade de retirar o aceite em qualquer momento da pesquisa sem acarretar prejuízo.

É importante destacar que os benefícios esperados com o estudo são no sentido de contribuir diretamente para a prática de uma equipe de saúde da família no tocante ao cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade por meio de uma intervenção educativa, participativa e problematizadora que visou respaldar os profissionais com o aprofundamento teórico, reflexão e consolidação/qualificação de práticas inerentes ao tema, ao passo que valorizou suas experiências acerca do assunto. Quanto aos riscos, o tipo de procedimento adotado apresenta um risco mínimo que será reduzido pelo anonimato dos participantes e pela autonomia dos mesmos em desistir de participar da pesquisa ou não participar sem que seja identificado.

4 RELATOS DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Ao longo deste capítulo serão apresentados e analisados os resultados emergentes da pesquisa interventiva argumentando-os com a teoria a partir da discussão realizada em dois subcapítulos. O primeiro deles, intitulado “Intervenção Educativa (aplicando o Arco de Maguerez)” traz uma análise descritiva acerca do desenvolvimento prático da cinco etapas peculiares ao arco baseando-se na observação participante e nas notas do diário de campo. O segundo capítulo, intitulado “Percepções dos participantes acerca da intervenção” faz uma avaliação partindo do conteúdo das falas dos participantes obtidas na fase das entrevistas.

4.1 A Ação Educativa

Na aplicação da intervenção educativa, pedagogicamente buscou-se, conforme orienta Berbel (2012, p.116), respaldada em Maguerez, “partir do concreto, caminhar para o abstrato e retornar ao concreto”. Neste momento passo a descrever e ao mesmo tempo analisar o processo referente a aplicação de uma metodologia de intervenção da realidade com base nos pressupostos do Arco de Maguerez. Este de acordo com Bordenave (2007) é constituído por cinco etapas cada uma guardando suas especificidades mas interdependentes que visam ao final produzir mudanças.

4.1.1 Etapa I: Observação da realidade

Seguindo as etapas do Arco de Maguerez, a primeira atividade relacionou-se a observação da realidade. Esta etapa inicial, foi pensada de modo a provocar nos participantes uma sensibilização acerca da temática, para que estes pudessem estar atentos e movidos à desenvolverem suas reflexões, impressões, conhecimentos prévios e vivência prática a respeito da temática proposta. A primeira etapa, observando a realidade, tem seu ponto de partida na realidade vivenciada pelo estudante acerca do problema levantado. O processo de ensino e aprendizagem se relaciona com aspectos que o estudante observa minuciosamente, expressando suas percepções e realiza uma leitura sincrética da realidade (BORDENAVE, 2007).

Para tanto, alguns dados importantes relativamente ao estado nutricional de parte da comunidade assistida pela equipe foram apresentados aos participantes

por meio de cartazes afixados por todo auditório. Tratavam-se de ilustrações (gráficos) que revelavam a proporção de excesso de peso e risco cardiometabólico dentre os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela equipe, Tais dados foram agrupados por micro área, organizados em forma de figura (gráfico tipo pizza) e apresentados estrategicamente em cartazes com codinomes de países, conforme os exemplos abaixo.

Figura 5. Cartazes com gráficos a ilustrar a prevalência de excesso de peso entre os hipertensos e diabéticos assistidos pela equipe da ESF Módulo 10. Parnaíba – PI, 2016



Fonte: própria.

Assim sendo, no início das atividades logo após uma breve fala de boas-vindas e acolhimento, foi solicitado aos participantes que, individualmente, percorressem a sala explorando os cartazes e as informações contidas nos gráficos. Foi um momento de observação e reflexão individual que se estendeu por volta de dez minutos. Por conseguinte, todos voltaram aos seus assentos e puderam discutir em grupo sobre suas inferências a respeito das figuras.

Nesse momento, a facilitadora impulsionou a discussão perguntando aos presentes se alguém sentiu dificuldades em compreender as informações expressas por meio das figuras e, através das respostas do grupo, ficou evidente que todos ali conseguiram realizar a leitura do gráfico e entenderam que se tratava da proporção de excesso de peso/obesidade bem como o risco cardiometabólico em diferentes populações. Na oportunidade, os participantes começaram a traçar comentários

relativos à obesidade e que esta pode ser vista como um problema de saúde pública que vem ganhando inegável relevância nos últimos anos. Relataram também que, por meio da mídia falada e escrita, já tinham alguma noção sobre como a obesidade é considerada uma “epidemia dos tempos modernos” não somente no Brasil, mas em tantos outros lugares do mundo.

A enfermeira e alguns ACS salientaram que, assim como no cenário mundial, este problema é notável entre as famílias acompanhadas pela equipe sendo comumente observado em todos os ciclos da vida. Atribuíram à obesidade algumas características, qualificando-a, em resumo, como condição resultante de maus hábitos de vida, difícil de tratar ou aconselhar e que pode produzir adoecimento ou morte.

A apresentação do levantamento antropométrico das pessoas com HAS e DM das micro áreas adstritas ao território de atuação da equipe teve a pretensão de atingir alguns objetivos. Um deles foi oportunizar uma visão maior sobre o quanto a problemática (excesso de peso/obesidade) está presente na comunidade, maximizando assim a noção que a equipe já tinha a esse respeito. A outra finalidade foi argumentar com os participantes sobre a relação existente entre o excesso de peso e a saúde demonstrando assim, a associação da obesidade à outras desordens crônicas não degenerativas, de forma a impactar negativamente o estado de saúde e qualidade de vida dos indivíduos afetados. O Ministério da saúde já alerta para tais eventos e salienta a importância de prevenção e controle da obesidade tem para reduzir a carga de co-morbidades bem como suas complicações (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

Com a discussão em torno da relevância da obesidade, ficou claro a partir das falas dos participantes o reconhecimento desta doença como um problema a ser valorizado e enfrentado pela equipe. Os participantes discutiram sobre a magnitude do problema, se mostraram preocupados fazendo observações a respeito da alta prevalência da obesidade e de risco cardiometabólico em todas as populações referidas nos gráficos. Ficaram também bastante surpresos quando foi anunciado que os dados ilustrados nos gráficos se referia diagnóstico nutricional coletivos das pessoas com HAS e DM de suas micro áreas, que havia sido feito pela própria pesquisadora em um levantamento de dados antropométricos a partir dos prontuários. Esse momento suscitou uma reflexão sobre a grande prevalência de sobrepeso na comunidade, bem como a alta relação entre a obesidade e outras doenças crônicas impactando negativamente o quadro de saúde das pessoas afetadas.

Dessa forma, talvez pela notável magnitude da obesidade percebida na práxis cotidiana da equipe, problematizar a realidade não foi uma tarefa difícil, ao contrário do que no alerta Berbel (2005), quando afirma que problematizar a realidade e definir um problema tem sido verificado como o momento mais difícil de ser executado pelos sujeitos e portanto destaca que “[...] formular um problema de estudo constitui um nível de elaboração que requer uma atenção especial” (BERBEL, 2005, p. 2). Entretanto, o mesmo autor salienta que, apesar de difícil, a definição do problema é possível com o empenho do participante:

Os conhecimentos anteriores dos participantes e sua observação atenta da realidade contribuirão para distinguirem quando estarão diante de um verdadeiro problema para se resolver. Além disso tudo, o desenvolvimento do processo de estudo sinalizará se ainda há algo a corrigir na formulação. A sensibilidade e o compromisso com a realidade se encarregarão de completar essa clareza. (BERBEL, 2005, p. 4-5).

Diante disso, partindo de um recorte da realidade associada à temática a estudar e entendendo que “[...] a realidade vivida, aquela parcela da realidade onde o tema que está sendo ou será trabalhado está acontecendo na vida real” (BERBEL, 1999, p. 3), podemos considerar como cumprida a primeira etapa do Arco de Charles Margueres que, segundo Bordenave (2004) é o início de um processo de apropriação de informações pelos participantes que são levados a características.

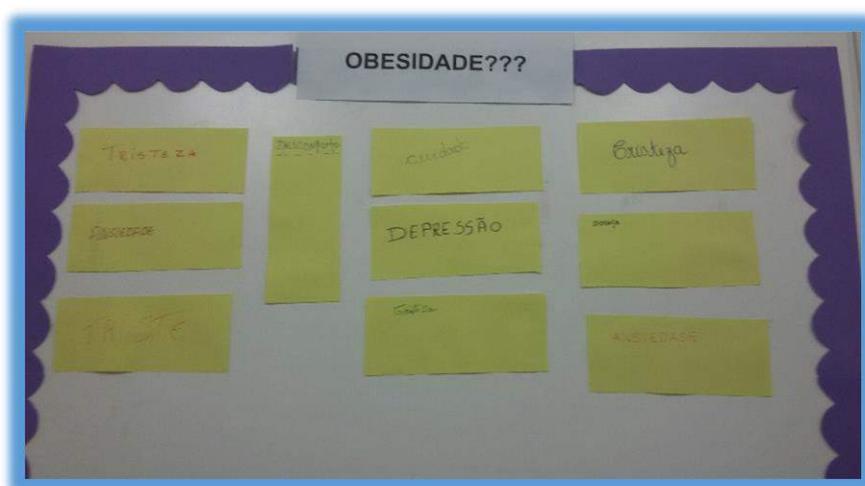
4.1.2 Etapa II: Levantamento dos pontos chaves

Diante do reconhecimento que o diálogo potencializa o compromisso assumido pelos aprendizes em desvelar um tema (FREIRE, 1996), optou-se por iniciar a segunda etapa com uma reflexão sobre o problema, previamente identificado, dentro da perspectiva dialógica comum à todas as etapas da intervenção. Para tal fim, os participantes foram convidados a um momento de reflexão, a partir da observação de uma imagem (projetada em tela ao alcance visual de todos) de uma pessoa obesa, de costas, sentada na beira da praia a contemplar o horizonte.

Passados alguns instantes, a partir de suas reflexões, os participantes escreveram em tarjeta uma palavra para definir a obesidade e seguidamente socializaram a mesma com os demais bem como os motivos da escolha. Desse momento, surgiram as seguintes palavras: doença, cuidado, desconforto tristeza,

ansiedade, depressão. Dentre estas, as mais citadas foram tristeza (quatro vezes) e ansiedade (duas vezes). Foi uma ocasião bastante rica e proveitosa pois pressupôs uma reflexão a partir dos seus conhecimentos prévios e experiências, seguida da expressão de diferentes visões que, ora convergiam, em menor grau divergiam, mas que deram o tom da dialogicidade ao momento.

Figura 6. Palavras geradoras sobre obesidade sob a percepção dos participantes da pesquisa. Parnaíba-PI, 2016



Fonte: Própria

Na educação problematizadora fundamentada pelo diálogo o educando é chamado a participar da elaboração dos conhecimentos e, segundo Freire (1996), deve-se valorizar o seu conhecimento prévio, considerar suas visões de mundo, desafiando o aluno a compreender criticamente o contexto em que vive, já que a educação possui papel imprescindível para a libertação consciente e crítica da realidade. Oliveira e Santos (2007) enaltecem tal perspectiva, ao afirmarem que

O diálogo em Paulo Freire está relacionado à autonomia dos sujeitos. Ele tem significação precisamente porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem e assim crescem um com o outro. O diálogo, por isso mesmo, não nivela, não reduz um ao outro. Nem é favor que um faz ao outro. Nem é tática manhosa, envolvente, que um usa para confundir o outro. Implica, ao contrário, um respeito aos sujeitos nele engajados (OLIVEIRA E SANTOS, 2007, p. 118).

No tocante às concepções que emergiram nas falas dos participantes, foi interessante compreender que, em suma, as visões destes em relação ao problema

exprimem a indissociabilidade entre corpo e mente, superando assim as concepções biologicistas sobre a obesidade que tradicionalmente estão arraigadas ao estudo dessa problemática. Reportando-se às palavras que emergiram das reflexões, pode-se inferir que o problema foi visualizado de forma holística e expresso com o foco no indivíduo. Pôde-se ainda observar que, apesar de ter sido solicitado aos participantes definirem o problema (doença), os olhares destes estiveram atentos aos sujeitos (pessoa obesa) e se traduziram nas palavras que remetiam aos aspectos psicossociais que, segundo suas concepções, são inerentes à obesidade (desconforto, ansiedade, tristeza). É curioso perceber que tais aspectos, comumente vistos como complicações ou sintomas da obesidade, nessas circunstâncias ganharam lugar de definição da doença.

Por outro lado, há de se considerar a influência de estereótipos e representações sociais da figura do indivíduo obeso que, conforme Felipe (2001) é cada vez mais estigmatizado como fraco e sem força de vontade, que teria sentimentos de baixa autoestima, colocando-se fora dos padrões estéticos estabelecidos. Entretanto, considera-se como natural que as concepções sobre obesidade manifestadas pelos participantes sejam, porventura, influenciadas por tais representações sociais. Jodelet (2002, p. 27) explica que as representações sociais “são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada, tendo uma visão prática e concorrendo para uma construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Todas essas questões serviram para afinar a discussão em torno do problema.

Após explorar um pouco mais as diferentes visões de mundo, deu-se início à tempestade de ideias para a definição dos pontos chaves. Para tanto, a facilitadora reportou-se à tarjetas fixadas no mural inicialmente, provocando uma conversa sobre as palavras que mais se repetiram. Feito isso, a equipe foi levada a construir uma frase para definir obesidade com as palavras escolhidas nas tarjetas, tendo como produto a seguinte definição coletiva para obesidade: “A obesidade é uma doença causada pela ansiedade, que traz depressão, tristeza e desconforto por falta de cuidados.” Esta dinâmica levou os participantes a reconhecerem que a definição era válida, porém não era suficiente para entender o problema e que era necessário conhecer mais a respeito.

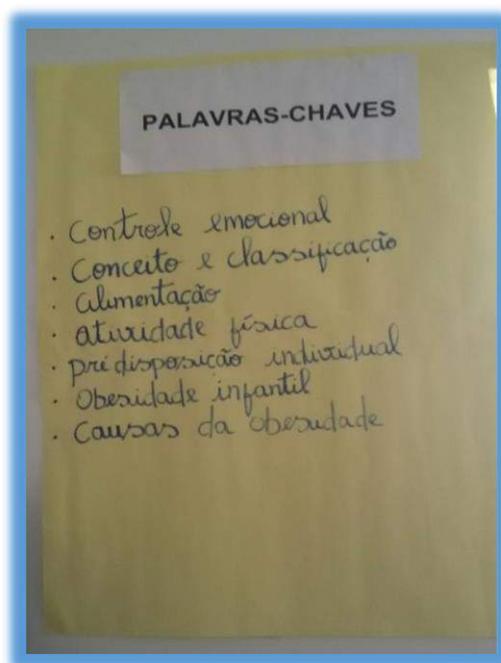
Nesse contexto ocorre o convite aos participantes para então definirem pontos de estudo, a partir de cuja realização traz potencialmente uma melhor compreensão acerca do problema. Assim sendo, a facilitadora lhes apresentou um

painel em branco para que ali fossem anotados todos os pontos-chaves considerados como determinantes para a compreensão da problemática obesidade, elaborando os pontos essenciais que devem ser abordados relativamente ao seu entendimento.

A segunda etapa do Arco de Charles Margueres é constituída pelo levantamento dos pontos-chaves, onde seleciona-se o que é relevante e essencial para a representação da realidade observada, identificando as variáveis que podem contribuir para a compreensão e solução do problema (BORDENAVE, 2007; BERBEL, 1998). Em outras palavras, nesta etapa pontos-chave são identificados, quando se define o que vai ser estudado a respeito do problema.

Destarte, foram firmados os pontos-chave a serem estudados e discutidos, que sustentaram a resolução da situação-problema, embasando a teorização – etapa subsequente na aplicação do Arco. Os participantes consideraram relevantes para sua prática os conceitos: causas da obesidade, conceitos e classificação, alimentação, atividade física, predisposição individual, controle emocional obesidade infantil, conforme observado na Figura 7.

Figura 7. Pontos chaves de estudo levantados pelos participantes da pesquisa na segunda etapa do Arco de Margueres. Parnaíba-PI, 2016.



Fonte: Própria

Vale destacar que os participantes mostraram-se bastante ativos e curiosos sobre o tema, por vezes socializando em grupo que enfrentavam dificuldades em relação à orientação para pessoas com excesso de peso e como se sentiam tocados diante das queixas de casos identificados tanto na comunidade como em suas famílias. Alguns ainda externaram as dificuldades sentidas por eles próprios em reverter o excesso de peso, manifestando o desejo em conhecer mais sobre o assunto. Isso demonstra que de fato estavam sensibilizados para com o problema.

4.1.3 Etapa III: Teorização

A terceira etapa do arco de Maguerez compreende a teorização, momento onde houve necessidade de construir respostas mais elaboradas para o problema. A teorização consiste na investigação aprofundada dos pontos chave definidos. É nesta etapa que se incentivam leituras de pesquisas e estudos a fim de buscar o esclarecimento da situação-problema. (BORILLE, 2012)

Sob essa perspectiva, após identificados os pontos chave, sucedeu-se aos estudos para a compreensão do problema. Para tanto, foi utilizada uma cartilha educativa (APÊNDICE D) com o intuito de colaborar com o aprofundamento teórico sobre o tema. A mesma foi elaborada tomando por base o levantamento dos pontos chaves pelos participantes na etapa anterior com a finalidade de contribuir para um maior empoderamento sobre a problemática obesidade.

A intensão aqui foi promover uma aprendizagem significativa, onde o acadêmico percebe que a apreensão de novos conhecimentos pode ter como suporte o conhecimento prévio num movimento de continuidade. No entanto, para avançar e propor soluções viáveis, é necessário ultrapassar as vivências prévias e ampliar as possibilidades a partir da fundamentação teórica (MITRE *et al*, 2008).

Para auxiliar nesta etapa, além da cartilha educativa, foram ainda disponibilizados o Guia Alimentar para a população Brasileira (BRASIL, 2014) e os Cadernos de Atenção Básica nº 12 (BRASIL, 2006) e nº 38 (BRASIL, 2014) que tratam, respectivamente, sobre a obesidade e sobre as estratégias para o cuidado da pessoa com obesidade. Estes materiais permitiram um maior suporte teórico aos participantes, contribuindo com o processo de teorização (BORDENAVE, 2007; BERBEL, 1998). Assim, os profissionais foram organizados em grupos para

prossequirem aos estudos se utilizando do material de apoio. Desse modo, cada grupo ficou responsável por desenvolver um dos três temas propostos, a saber:

Grupo 1 – Alimentação e nutrição para a prevenção e controle da obesidade;

Grupo 2 – Atividade física e aspectos psicológicos na obesidade;

Grupo 3 – Linhas de cuidado na Atenção Básica para a prevenção e controle do excesso de peso e outros fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade.

Após leitura, discussões e pesquisas em outras fontes, os profissionais participaram de uma oficina de colagens através da qual produziram painéis informativos sobre os aspectos da obesidade. De acordo com Paviani e Fontana (2009) numa oficina ocorrem apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva. Os autores ainda salientam que na oficina, o facilitador ou coordenador não ensina o que sabe, mas vai oportunizar o que os participantes necessitam saber, sendo, portanto, uma abordagem centrada no aprendiz e na aprendizagem. Seguidamente à oficina, cada grupo teve a oportunidade de socializar os painéis com os demais, oportunizando assim o compartilhamento acerca da temática.

Figura 8. Painel sobre alimentação e nutrição para a prevenção e controle da obesidade construído pelos participantes na terceira etapa do Arco de Charles Marguerez. Parnaíba-PI, 2016



Fonte: Própria

Inicialmente, o primeiro grupo apresentou por meio de seu painel de colagem, as recomendações de alimentação saudável para a população brasileira, apresentadas em sete diretrizes através das quais todos os profissionais de saúde podem abordar com os usuários, seja no âmbito individual ou coletivo. Estas diretrizes foram retiradas do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006) e se constituem em recomendações básicas para a adoção de hábitos saudáveis.

No momento da apresentação do grupo, as informações foram compartilhadas com os demais de forma a promover discussões e trocas acerca do que consideravam como dúvidas mais cotidianas no seu fazer profissional, especialmente quando se falou em consumo de sódio e água, grupos de alimentos e suas funções, diferenças e aplicabilidades entre alimentos diet, light e zero, etc.... O debate foi proveitoso e envolveu todos os participantes da pesquisa, inclusive as facilitadoras que por vezes se colocavam enquanto profissionais da área de nutrição.

Figura 9. Painel sobre atividade física e aspectos psicológicos na obesidade construído na terceira etapa do Arco Charlez Margueres. Parnaíba-PI, 2016.



Fonte: Própria.

O segundo grupo também colaborou com a discussão de forma complementar ao primeiro, trazendo à tona informações acerca da importância da atividade física e do apoio psicológico para a prevenção da obesidade bem como para

um pouco esse momento, que não teve a mesma efervescência observada nos anteriores.

Além das oficinas de colagem, foi realizado ainda uma oficina sobre técnicas corretas de aferição de medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) para a correta identificação da obesidade nos diferentes ciclos da vida. A antropometria é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global, aplicável em todas as fases do ciclo de vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional. Esse método tem como vantagens ser barato, simples, de fácil aplicação e padronização, além de pouco invasivo. (BRASIL, 2008). Por esse motivo o Ministério da Saúde preconiza o método antropométrico para a vigilância e identificação de desvios nutricionais, como é o caso da obesidade, na rotina da Atenção Básica. (BRASIL, 2011)

Entretanto, para uma efetiva vigilância do estado nutricional dos usuários das Unidades de Saúde é necessário que a mesma esteja devidamente capacitada para essa ação (BRASIL, 2011). Diante disso, a oficina em antropometria foi proposta frente à necessidade de aprofundar a discussão acerca da identificação diagnóstico da obesidade, pois a maioria relatou não se sentirem seguros em momentos de vigilância nutricional na sua prática.

Por meio da exposição dialogada das facilitadoras e por demonstrações práticas envolvendo os participantes, o grupo pode realizar a interlocução teórico-prática acerca de ações a serem transversalizadas à vigilância nutricional e, conseqüentemente, ao cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade. Dentre estas, podem-se citar:

- Técnicas de aferição de peso, estatura e circunferência da cintura (CC);
- Cálculo e interpretação do índice de massa corpórea (IMC) nos diferentes ciclos da vida;
- Predição de risco cardiometabólico segundo a medida da CC;
- Utilização e interpretação das novas curvas de crescimento para crianças e adolescentes.

Apesar de aferição de peso, altura e circunferência da cintura serem aferidas rotineiramente na unidade básica de saúde por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, alguns participantes confessaram que não costumavam adotar os critérios corretos para a aplicação dessa técnica enumerando após a oficina alguns erros que costumavam cometer como: Não calibrar a balança, não deixar o equipamento travado, fazer a medida da cintura sem observar o ponto anatômico para a medição. Reconheceram em geral que a correta aferição de medidas antropométricas assume importância nas ações de cuidado nutricional a serem empregadas transversalmente à rotina da triagem para os atendimentos individuais; à pesagem de crianças nas visitas domiciliares, na puericultura ou nas ações nas escolas; a aferição da medida da CC de hipertensos e diabéticos que são comumente registradas no prontuário, etc....

Percebeu-se então que o momento de estudo provocou um amadurecimento a partir dos questionamentos do que observado e fundamentado nos pontos chaves, definidos na etapa anterior. Isso por que a etapa de teorização é o momento em que as informações são analisadas, fundamentadas, embasadas, discutidas, buscando explicações acerca da realidade observada e a compreensão dos pontos-chave, possibilitando algumas conclusões que viabilizam a etapa seguinte. (BORDENAVE, 2007; BERBEL, 1998).

4.1.4. Etapa IV: Elaboração de Hipóteses de Solução

A partir do estudo, com a análise e a discussão das informações colhidas e as conclusões a que se pôde chegar, na etapa da Teorização, caminhou-se então para a etapa seguinte, que é o momento de elaborar as Hipóteses de solução.

Na quarta etapa, elaboração das hipóteses para a solução dos problemas levantados, estimula-se a composição criativa do maior número de possibilidades, de alternativas, de hipóteses de solução, dentre as quais serão selecionadas, de acordo com as discussões em grupo, as que vão ser aplicadas à realidade na última etapa. Cabe ressaltar que as hipóteses devem ser construídas a partir da profunda compreensão do problema, utilizando-se a criatividade e originalidade dos estudantes, para buscar novas maneiras para a resolução desses (BORDENAVE, 2007; BERBEL, 1998).

Para tal fim, esta etapa se desenvolveu em momento individual e grupal. No individual, cada um dos participantes recebeu duas folhas de papel: uma em branco e a outra contendo a ilustração do fluxograma de atenção proposto pelo Ministério da Saúde para o cuidado com a pessoa com obesidade nos diferentes pontos de atenção da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis (ANEXO B). Nesse momento a facilitadora trouxe à tona a necessidade de todos olharem para o fluxograma buscando o entendimento acerca do papel da atenção básica enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado em rede.

Os participantes se mostraram interessados em conhecer o conteúdo do fluxograma e qual a orientação atual do Ministério da Saúde no que diz respeito à participação da Atenção Básica na rede de atenção ao obeso. Dois participantes ainda traçaram comentários de discordância com o conteúdo do fluxograma, argumentando que não seria possível a ESF ser responsabilizada pelo tratamento medicamentoso para o obeso Grau II que apresenta co-morbidades devido à falta de especialistas na equipe. Após essa breve discussão sobre o fluxograma, foi solicitado a todos que, a partir da confrontação da realidade com sua teorização, os estudantes escrevessem individualmente no papel possíveis hipóteses de solução para o problema em estudo, no caso, a obesidade.

Na sequência, fez-se a discussão grupal, onde cada um pôde socializar com os demais o que produziu e os colegas também puderam colocar a sua opinião acerca da aplicabilidade das mesmas para o cuidado nutricional no controle e prevenção da obesidade. Nesse contexto muitas hipóteses foram lançadas, dentre estas: elaborar um plano de ação e estratégias para a prevenção e controle da obesidade; ampliar as ações de vigilância nutricional; criar espaços de educação em saúde que contribuam para a prevenção e controle da obesidade; intensificar as ações de educação nutricional para crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos; criação de grupos continuados; sensibilizar a comunidade para a problemática; trabalhar de forma intersetorial na prevenção cuidado da pessoa com obesidade.

Vieira et al (2014) alerta para a importância de, durante o desenvolvimento desta etapa, atentar-se para a exequibilidade da proposta considerando sua eficiência, sua eficácia e sua efetividade. Diante disso, todas as ideias foram aperfeiçoadas em equipe a partir da discussão grupal para que pudessem ter aplicabilidade prática dentro da realidade da UBS módulo 10 e seu território. Neste momento houve uma interação ainda maior entre os envolvidos, pois na medida em

que as possibilidades de hipóteses eram levantadas por um participante ocorria a intervenção dos demais presentes contribuindo com a ideia inicial, com o aprimoramento e a lapidação dessa, tornando-a ainda mais interessante para o resultado esperado.

Dessa forma, os grupos buscaram eleger hipóteses dentro das possibilidades reais de aplicabilidade na prática. Segundo Zambon (2011), a quarta etapa, “Hipóteses de Solução”, é possivelmente o momento de maior estímulo à criatividade do participante. É nesse momento que, diante das respostas encontradas para analisar o recorte da realidade, ele deve pensar em ações que poderiam colaborar para a resolução total ou parcial do problema, ainda que as possíveis ações não estejam acessíveis diretamente à intervenção do sujeito, por dependerem de outras pessoas, instâncias, níveis, hierarquias etc.

Corroborando a ideia de Zambon (2011), Borille (2012) destaca que, na quarta etapa, os participantes utilizam sua criatividade para realizar mudanças no contexto observado. Destarte, pode-se inferir que, a partir das buscas e da seleção de materiais para formação do arcabouço teórico, a percepção crítica dos participantes foi de fato estimulada na elaboração das hipóteses para solução do problema selecionado.

4.1.5. Etapa V: Aplicação na realidade

De posse das Hipóteses de solução, seguiu-se à última etapa do Arco de Charlez Margueres: Aplicação à realidade. É uma etapa de prática, de ação concreta na mesma realidade de onde foi extraído o problema (PRADO ET AL, 2012).

A quinta etapa se refere à aplicação das hipóteses à realidade, aplica-se as soluções eleitas como viáveis e o estudante aprende a generalizar o aprendido para utilizá-lo em diferentes situações, permitindo que ele saia do âmbito intelectual e volte a sua realidade, aplicando uma resposta ao problema levantado, buscando transformá-lo de alguma maneira (BORDENAVE, 2007; BERBEL, 1998). Nesta etapa, os alunos refletiram sobre os conhecimentos prévios existentes quanto à obesidade e também sobre os conhecimentos apreendidos com a fundamentação teórica, através de questionamentos como: O que eu preciso para solucionar o problema? Como podemos transformar a realidade?

Desse modo, a equipe começou a trabalhar em um plano de ação e estratégias para a prevenção e controle da obesidade no território. Tal plano foi pensado na etapa anterior, como uma hipótese de solução para o problema, através da qual seriam incorporadas ao cronograma de atividades da equipe algumas ações e estratégias no sentido de fortalecer as ações de cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade. Para tanto foi organizado um encontro com os demais integrantes da equipe, em uma igreja da comunidade, onde foram realizadas discussões e deliberações que permeavam a elaboração do plano.

O plano de ações e estratégias para o controle e prevenção da obesidade (APÊNDICE E) foi construído de forma coletiva pelos participantes juntamente aos demais profissionais que integravam a equipe da UBS Módulo 10, haja vista que as ações ali pactuadas provocaria algumas mudanças na rotina de atenção da mesma. Além das ações e estratégias, foram ainda pactuadas as metas para o desenvolvimento da ação, os responsáveis, os parceiros e as formas de avaliação dos resultados.

Dentre as ações propostas tem-se:

→1ª ação: Vigilância alimentar e nutricional (VAN) de crianças menores de 5 anos, hipertensos e diabéticos e gestantes (registro de peso, altura e circunferência da cintura no momento da consulta, avaliação periódica dos índices nutricionais, definição de instrumentais e rotinas);

→2ª ação: Implementação de grupos educativos continuados (criação de um grupo de emagrecimento orientado, intensificação da participação do módulo 10 nas atividades do grupo distrital de atividade física Viva com Saúde, grupo de apoio a gestante, grupo de cuidado nutricional para pais e crianças);

→3ª ação: Estimular a redução do consumo de alimentos processados (conscientização das crianças e pais no espaço escolar, feira nutricional, confecção de materiais educativos, reforço das temáticas trabalhadas nas consultas e visitas realizadas pelo módulo 10);

→4ª ação: Definição da linha de cuidado para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (realização de visitas técnicas, elaboração de protocolos, apoio matricial, reuniões);

→ 5ª ação: Sensibilização da comunidade (sensibilização da comunidade através dos atores sociais, utilizar as salas de espera para sensibilizar, utilização de material educativo).

As ações de cuidado nutricional permearam transversalmente as estratégias propostas, refletindo a importância das mesmas para o controle e prevenção da obesidade no território. É importante destacar que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a alimentação é o determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura e, por consequência, da obesidade. Deve-se, portanto, intervir nessa problemática, sendo a Atenção Básica um espaço privilegiado para tal. (BRASIL, 2014).

Além disso, há de se considerar que as ações pactuadas convergem para o fortalecimento do cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade, haja vista que as mesmas perpassam a ampliação da prática da vigilância alimentar e nutricional, a implementação de grupos de promoção e educação em saúde, estreitamento das relações entre a ESF, família e escola na promoção da alimentação saudável e o engajamento da equipe na construção de linhas de cuidado e na sensibilização da comunidade acerca da obesidade.

No tocante às reações e observações dos participantes, pode-se destacar que houve um interesse unânime em fortalecer as ações sobre obesidade nas escolas, um espaço visto por muitos como potente para a realização da prevenção desta problemática. Alguns também relataram a importância de requerer junto à prefeitura um espaço no território para a realização dos grupos continuados pensados no plano de ação, já que a UBS não tem um espaço ideal para atividades coletivas.

Por fim, com a construção do plano de ações e estratégias para o cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade, fecha-se o Arco de Maguerez, um vez que através deste, houve o devido encaminhamento das decisões tomadas, sendo estas incorporadas ao cronograma de trabalho da equipe. Apesar da impossibilidade de avaliar a implementação do plano de ação, devido à sua exequibilidade a longo prazo, considera-se que o trabalho, motivação e compromisso para a construção deste, já refletem uma transformação da realidade que ultrapassa o exercício intelectual, na medida em que, segundo Berbel 1996:

Decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Nesse momento, o componente social e político está mais presente. A prática que

corresponde a esta etapa implica num compromisso dos alunos com o seu meio. Do meio observaram os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau. (p.8-9).

Sob esta perspectiva, entende-se que a construção coletiva do plano de ação e estratégias contempla o comprometimento dos participantes para voltar para a mesma realidade, transformando-a em algum grau. Ademais, destaca-se a transformação dos próprios participantes, em relação à sua práxis como profissionais, em menor ou maior grau, verifica-se alguma “[...] mobilização intelectual, afetiva, política e social dos participantes, e que lhes acrescenta ainda, em seu conjunto de saberes, um método de estudo e de leitura da realidade [...]” (BERBEL, 2006, p. 3333).

4.2 Percepções dos participantes acerca da intervenção

A partir da análise do conteúdo das falas emergentes nas entrevistas individuais, foram construídas categorias temáticas relacionadas ao objetivo da pesquisa. A seguir, serão descritas, as categorias, suas respectivas conceituações e falas ilustrativas de cada uma delas. As categorias construídas foram: “O uso de metodologias ativas como facilitador do processo de ensino aprendizagem” e “O empoderamento sobre obesidade a partir da aprendizagem significativa: contribuições para a prática.”

Salienta-se que para assegurar o anonimato das participantes da pesquisa, estes receberam codinome de frutas, a saber: morango, caju, cajá, maracujá, banana, maçã e ata.

4.2.1 O uso de metodologias ativas como facilitador do processo de ensino aprendizagem

A utilização de novas metodologias de ensino e aprendizagem vem ganhando espaço na sociedade atual, visto as transformações ocorridas ao longo dos anos. Mitre, et al, (2008) enumeram as seguintes transformações: velocidade das transformações ocorridas na sociedade, produção veloz de conhecimento, influência dos meios de comunicação na construção do pensamento do homem, pensamento crítico do homem.

Neste sentido Marin, et al (2009) consideram que na área da saúde tem surgido propostas inovadoras com objetivo de formar e capacitar os profissionais, fornecendo aos mesmos subsídios técnicos, éticos e políticos para transformar o processo de trabalho e gerar mais cuidado na assistência. Batista, et al, (2005) o aprendizado baseado na problematização é visto como uma abordagem realizada pelos educandos através da observação prática dos problemas, elaborados de forma prévia, em grupos pequenos e com supervisão de um facilitador.

Cabe ressaltar que este modelo de educação em saúde teve seu início na década de 1970 pós reforma sanitária com forte influência da pedagogia de Paulo Freire, assim a educação deixou de ser centrada apenas na perspectiva do educador com a imposição de padrões a serem realizados, mas sim com uma proposta voltada para humanização, educação popular e autonomia do sujeito. (CORIOLANO, et al, (2012) *apud* BÓGUS,2007).

Sendo assim Mitre, et al, (2008) afirmam que tem-se a necessidade de desenvolver a autonomia individual com íntima relação com o coletivo, assim a educação deve proporcionar a visão de um todo, proporcionando a transdisciplinaridade e a independência, bem como a capacidade de promover mudanças sociais na sociedade.

Ao se realizar uma intervenção educativa valendo-se de metodologias ativas com os profissionais pertencentes a uma unidade básica de saúde da cidade de Parnaíba-PI, identificou-se que alguns dos indivíduos desconheciam a referida proposta ativa de se obter conhecimento, como se observa na fala da participante Morango, em contrapartida observa-se na fala de caju que o mesmo já participou de atividade que valeram-se de metodologias ativas. Observa-se também que apensar de ser uma metodologia nova para alguns, houve aprendizado e aprendizado de uma forma diferente, obedecendo uma nova proposta de ensino.

“Sim, é uma coisa que assim... é novo devido o jeito que foi colocado, né”?
(Morango)

“(...) foi um aprendizado, foi coisa nova (...) (Morango)

“(...) foi inovador pra mim (...) (Ata)

“(...) a gente já...já fez alguns encontros assim, sempre é assim, escreva o que você tá pensando... a professora só orientava(...)“(Caju)

Neste sentido é fundamental que se fale sobre a política nacional de educação permanente em saúde (PNEPS), criada no ano de 2004 com o objetivo de pôr em prática os princípios norteadores do SUS, bem como proporcionar aos profissionais da saúde colocar o seu próprio cotidiano em prática, utilizando como referência as necessidades de saúde. Assim a nova proposta tem objetivo de transformar o processo educativo modificando o olhar dos profissionais de saúde (CORIOLANO, et al, 2012).

Sendo assim cabe ressaltar que a política nacional de educação permanente em saúde (PNEPS) leva em consideração as questões específicas de cada região, busca promover a superação de desigualdades entre as regiões, além de proporcionar aos trabalhadores ações voltadas a educação em saúde. (BRASIL, 2009).

Elias (2009) citando Mota e Ribeiro (2005) confirma o pensamento de Coriolano, ao afirmar que a educação permanente em saúde considera os pequenos atos desenvolvidos na rotina dos profissionais em reflexão e avaliação. O mesmo autor também considera que o conhecimento teórico não é suficiente e que o profissional completo é aquele que consegue aplicar o conhecimento no dia-a-dia.

Como visto, por ser uma proposta relativamente nova a PNEPS, acredita-se que nem todos os profissionais da área da saúde tiveram oportunidade de participar de intervenções com propostas problematizadoras, como se observa na fala de Morango. Cabe também salientar que muitas vezes o profissional tem contato com educação continuada e não com educação permanente. Girade (2006) define educação continuada como sendo uma prática individual que contribui para o aperfeiçoamento do próprio profissional, por sua vez educação permanente buscar aperfeiçoar o coletivo, fortalecendo as ações da equipe como um todo.

Em relação a satisfação com a realização da proposta problematizadora, observou-se que a mesma apresentou-se como positiva, pois todos os participantes mencionaram em suas falas satisfação ao participarem da intervenção. Em uma pesquisa realizada com estudantes, Gomes, *et al*, (2010) encontrou resultados satisfatórios com o método empregado, pois 83,3% dos participantes da pesquisa avaliaram a utilização do método como positiva. O estudo de Marin, *et al*, (2010) realizado em egressos de cursos de especialização demonstrou que a utilização de metodologias ativas apresentou êxito na formação destes profissionais, promovendo também integralidade e articulação entre teoria e prática.

Ao nos voltarmos para as falas obtidas nas entrevistas, é possível perceber que a proposta baseada na problematização promoveu aprendizado de forma dinâmica, evitando deste modo a passividade observada na aplicação dos métodos tradicionais de aprendizagem, também percebeu-se que não houve dificuldade de desenvolvimento das metodologias ativas e que os profissionais se sentiram bem propondo pontos-chaves sobre o assunto.

Através dos relatos obtidos percebeu-se que os participantes não sentiram dificuldade de compreender a metodologia, bem como de participar dela. Esta concepção de simplicidade relaciona-se à problematização estar baseada na vivência/experiências e conhecimentos dos participantes o que torna a metodologia mais fácil de ser compreendida. Brasil (2005) afirma que as perguntas e respostas são construídas através da reflexão dos trabalhadores e estudantes a respeito do trabalho que já realizam.

(...) eu gostei dessa forma de aprender, não senti dificuldade com o método, eu gostei.” (Banana)

“Eu achei ótimo esse método, por que não foi aquela coisa cansativa, chata, de palestra, de estudo (...) (Banana)

(...)essa metodologia é muito boa, é uma metodologia dinâmica (...) (Maçã)

“A proposta foi excelente (...) (Cajá)

(...) eu me senti bem de propor temas sobre o assunto e gostei da proposta”. (Maracujá)

A utilização de metodologias ativas exige que o processo de construção do conhecimento seja de fato compartilhado entre alunos e professores, neste sentido o educador deixa de ser o centro e o aluno deverá se desenvolver ativamente (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004).

Freire (1987) acredita que muitos planos de ação de origem política ou mesmo docente falharam por conta de seus realizadores se voltarem apenas para sua própria realidade. Sendo assim o educador humanista deve desenvolver ações capazes de transformar a realidade em conjunto com ideias de outros homens.

Sobre as vantagens da utilização das metodologias ativas, muitos dos participantes afirmaram que conseguiram adquirir maior aprendizado visto participarem de modo ativo do processo de aprendizagem, podendo propor por

exemplo pontos a serem estudados, compartilhar dúvidas entre os participantes e expor sua opinião frente a temática apresentada.

Em relação as dificuldades encontradas com a utilização de metodologia ativa a grande maioria dos participantes da pesquisa mencionou que não enfrentar dificuldades para entender a proposta, visto a simplicidade do método. Contudo a participante maracujá expôs que sentiu dificuldade durante a produção do plano de ação, tal dificuldade pode ser explicada devido a novidade da proposta.

“Não, eu não tive dificuldades, Não (...)” (Morango)

“Não, achei de todos os que participaram da proposta se saíram bem, todos do grupo entenderam bem a proposta e participaram (...)” (Cajá)

“Eu senti dificuldade, por que a gente não conhecia muito o assunto, é uma coisa nova assim, tive dificuldade de elaborar o plano de ação, nos momentos iniciais da proposta não houve dificuldade”. (...)” (Maracujá)

“(...) não senti dificuldade com o método, eu gostei”. (Banana)

“Para falar a verdade eu não senti dificuldade (...)” (Maçã)

Marin (2009) em seu trabalho com estudantes utilizando metodologias ativas identificou que há necessidade de mudanças no comportamento do estudante, uma vez que o mesmo precisa assumir a responsabilidade pela sua própria aprendizagem, propondo questionamentos sobre a temática proposta, bem como ter a capacidade de solucionar os problemas através de buscas ativas em diversas fontes.

(...) a gente participando da problemática e não só como ouvinte, mas também elaborando o problema, foi mais construtor, eu achei que foi mais válido, por que a gente “tava” elaborando cada proposta que vocês deram a gente foi elaborar, então nessa elaboração a gente “tava” aprendendo mais do que só ouvindo, você ouvir é uma coisa, você participar é outra coisa, na problemática você aprende muito mais, fixa mais no seu aprendizado.” (Cajá)

“A opinião de cada um dos participantes, poder falar sobre cada dúvida, poder expor as dúvidas para aprender sobre elas”. (Maracujá)

(...) nós sugerimos os pontos isso ai já facilitou, por que cada um tinha uma dúvida e ai já foi colocando ali (...) (Banana)

“(...) eu gostei dessa forma, por que a gente ia pegando a opinião de um de outro, eu gostei desse método de vocês” (Ata)

“(...), cada pessoa, cada participante tem que fazer...tem que dar sua parcela de contribuição (...) (Maçã)

Ao comparar a metodologia ativa com as metodologias tradicionais, os participantes identificaram como principais diferenças que o processo problematizador ocorre de forma ativa e participativa no qual o aluno aprende desenvolvendo na prática.

Ao se voltar para o uso de metodologias tradicionais Paulo Freire explica que esta, se encontra embasada na narração e dissertação de conteúdos e que apesar de apresentarem valores e conhecimentos reais apresentam-se como mortos, pois os educandos comportam-se apenas como ouvintes (PATTO, 1997).

Ao comparar ainda o uso de metodologias ativas com metodologias tradicionais, Paulo Freire considera que o processo tradicional de ensino funciona como um banco, onde são depositados conhecimentos aos estudantes, os mesmos recebem e arquivam, ao comparar este pensamento com o processo de educação permanente em saúde percebe-se que a metodologia tradicional ignora os saberes populares pertencentes à comunidade. (CORIOLANO, *et al*, (2012) apud Miranda e Barroso (2004)).

O relato da participante Cajá representa bem a proposta da educação baseada na problematização na qual o aluno é ativo, pois o educando participa da intervenção não mais como ouvinte, mas sim como construtor do conhecimento, este é capaz de dar sua contribuição através de suas ideias e todos são chamados a contribuir como afirma Maçã.

Para Brasil (2007) o uso de metodologias baseadas na problematização tem o intuito de formar profissionais capazes de compreender os diversos problemas da comunidade no qual se encontra inserido.

“(...)as vezes as pessoas usam tão meios técnicos que dificulta, e ali tá um jeito bem mais fácil pra poder trabalhar (...)” (Morango)

“Eu achei ótimo esse método, por que não foi aquela coisa cansativa, chata, de palestra, de estudo, eu gostei dessa forma, por que a gente ia pegando a opinião de um de outro, eu gostei desse método de vocês” (Banana)

(...) Foi legal a participação, todos falavam, aprendi muito dessa forma. (ata)

(...) não é uma coisa assim passiva, não é um estudo passivo, não é como quando a pessoa fica só em frente ao data show tento apenas que ficar atento, eu gosto dessa metodologia por que ela é muito dinâmica.” (Maçã.)

Através da análise das falas percebeu-se que para os participantes o aprendizado não está ligado ao uso de grandes recursos tecnológicos ou linguagem

técnica de difícil compreensão, percebeu-se que para os mesmos a metodologia ativa embasada em problemas do cotidiano apresenta uma efetividade superior aos métodos tradicionais de ensino.

Isso afirma que a utilização de metodologias ativas possui uma proposta libertadora, sendo assim não necessariamente precisa-se utilizar meios complexos para compartilhar o conhecimento. Cecílio (2007) considera assim que o sujeito embasado em propostas problematizadoras, pensa, reflete, formula e adequa os espaços que lhes são apresentados.

Neste sentido, Freire (2004) considera ainda que deve haver um maior compromisso com a educação libertadora, promovendo deste modo a autonomia dos sujeitos e ainda a promoção de diálogo no exercício de aprendizado para o verdadeiro desenvolvimento da metodologia ativa.

4.2.2 A problematização sobre obesidade e a aprendizagem significativa: contribuições para a prática.

A obesidade é reconhecidamente um grave problema de saúde pública que se destaca no cenário epidemiológico atual (BRASIL, 2014). No tocante ao enfrentamento desta realidade, salienta-se o papel dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na prevenção e controle do sobrepeso/obesidade, haja vista que a Atenção Básica configura-se como espaço preferencial para o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e prevenção da obesidade, além de ser potencialmente apta a fornecer atenção integral ao usuário com excesso de peso e suas co-morbidades (JAIME et al, 2011). Desta forma, destaca-se a importância de processos educativos dialógicos acerca da obesidade para o empoderamento teórico da equipe.

Nesse contexto, o presente estudo oportunizou uma maior aproximação dos participantes em relação à temática obesidade a partir de uma proposta educativa pautada na problematização, conforme o que pode ser observado a partir de suas falas quando questionados, após a intervenção, acerca de como se sentiam em relação aos conhecimentos sobre obesidade.

“Me sinto mais segura, até por que a gente teve a oportunidade de aprender um pouco sobre obesidade, sobre os temas, sobre as comidas saudáveis, sobre alimentação. Me sinto mais empoderada.” (Ata)

“(...) Tô mais empoderada, ficou muita coisa, foi muito bom!” (Morango)

“Serviu para um maior aprendizado, né? Um maior conhecimento, até por que a gente trabalha em posto de saúde e serve para a gente repassar para os pacientes hipertensos, diabéticos (...) (Maracujá)

Alguns dos participantes apontaram ainda como a aprendizagem os ajudou à transpor inseguranças em relação ao tema ou mesmo a superar algumas dificuldades técnicas que perpassam ações relativas ao trabalho, como realizar orientações acerca do tema, conforme o observado abaixo.

“Obesidade assim eu não tinha muito conhecimento, acho que os meninos tem mais, eles tem estudado mais, ai eu tenho essa dificuldade mas técnica do problema, depois da atividade eu aprendi mais.” (Caju)

“Eu me sentia insegura para falar sobre o tema, mas agora já me sinto mais segura pelo o que eu conheci durante esses cinco encontros” (Cajá)

“(...) eu sempre pesava de frente pra gente, e agora eu sei que tenho ficar atrás da balança, isso foi novo pra mim (Banana)

A PNEPS indica que os processos de capacitação costumam melhorar o desempenho pessoal e contribuir para o desenvolvimento de novas competências, fato confirmado nas falas dos participantes deste estudo. Semelhantemente, Elias (2009) ao questionar profissionais de saúde sobre a contribuição da educação permanente para o crescimento profissional e pessoal, os resultados apontaram para autoconhecimento, autonomia, aprendizagem, aperfeiçoamento, crescimento e valorização profissional, capacidade crítica, melhoria na integração da equipe e atendimento qualificado.

Entretanto, a PNEPS também evoca a necessidade de dialogar com as práticas e concepções vigentes no SUS de forma a problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e nos espaços de interação entre elas, conforme os pressupostos da educação permanente em saúde (BRASIL, 2005). Nesse sentido, a intervenção educativa realizada nesse estudo alcançou como um de seus resultados o diálogo entre o vivido e o aprendido, por meio de uma aprendizagem significativa conforme argumentaram os participantes.

“Serviu para a nossa prática, foi muito bom isso, por que a gente pode trabalhar o sobrepeso e a obesidade na comunidade (...)” (cajá)

(...) a gente pode, como eu já falei, tá aproveitando o que a gente já tem, como os grupos, e trabalhando com essas pessoas, como a gente trabalha

no dia a dia, a gente conhece a realidade de cada um, então tem situações que a gente pode tá fazendo alguma coisa. (Morango)

(...) “quando eu atendo a criança, eu já estou fazendo, anotando o peso, a altura, fazendo a puericultura, já estou despertando mais para isso, eu já estou vendo os agentes dizerem aquela criança está com baixo peso vamos fazer alguma coisa? Então o despertar é que é bom, a educação desperta né?” (Maçã)

Outro resultado que pode ser observado a partir das falas, foi o alcance de uma aprendizagem significativa, isto é, que “faça sentido” para os sujeitos envolvidos. Ao dialogar sobre os elementos facilitadores do processo educativo utilizado na intervenção, obteve-se a seguinte resposta:

(...) “todos do grupo entenderam bem a proposta e participaram, por que a gente já via essa problemática (obesidade) no dia a dia, no nosso trabalho.” (Cajá)

Analisando esta fala podemos identificar que a problemática estudada assume uma relevância para a equipe em relação prática cotidiana, fato considerado como facilitador da aprendizagem. Vista como pressuposto da educação permanente em saúde, a aprendizagem significativa, sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. (BRASIL, 2004).

Neste contexto, pode-se considerar que a adoção do Método do Arco enquanto metodologia problematizadora, sustentou a construção do processo educativo-reflexivo e possibilitou que os participantes se mobilizassem para aprendizagem significativa, partindo de um problema que lhes fora desafiante e lhes permitiram pesquisar e descobrir soluções, aplicáveis à realidade (GEMIGNANI, 2012). Borille et al (2008) ao relatarem a experiência da aplicação do Arco de Charles Marguerez na coleta de dados de uma pesquisa, também constata que a adoção deste método impulsionou os envolvidos para uma aprendizagem significativa da realidade, de forma dinâmica e complexa.

No tocante às contribuições da intervenção educativa, os participantes argumentaram sobre como o empoderamento acerca da obesidade contribuiu para ampliar o olhar sobre o problema de forma a subsidiar a prática. Nos depoimentos abaixo os participantes argumentam sobre alguns desses subsídios.

(...) “Eu aprendi e posso passar para os outros, pra minha comunidade, pra minha área eu acho que facilitou muito o meu trabalho.” (Cajá)

“Assim... Eu posso orientar as pessoas né! O que faz mal o que faz bem, dá umas dicas sobre como deve ser a alimentação de uma pessoa com esse problema de sobrepeso, obesidade” (...) (Maracujá)

(...) “quando eu atendo a criança, eu já estou fazendo, anotando o peso, a altura, fazendo a puericultura, já estou despertando mais para isso, eu já estou vendo os agentes dizerem aquela criança está com baixo peso vamos fazer alguma coisa? Então o despertar é que é bom, a educação desperta né? (...) eu já vou tá mais atenta na puericultura e no peso das gestantes (...) (Maçã)

(...) a gente já tem alguns meios de trabalhar a obesidade, alguma programação, como a gente já falou dos grupos que pode tá tentando trabalhar dentro dessa temática. É.. Tipo já tem os hipertensos, os diabéticos, as crianças, o bolsa família, como já foram colocadas, mas a gente pode tá vendo isso nas visitas diárias, principalmente com as mulheres que tem queixas (...) a gente pode tá conversando nas visitas, tentando conversar com as pessoas, orientar e é simples, e a busca de parceiros facilita o trabalho. (Morango)

“Pode contribuir porque eu posso tá repassando para a comunidade que a gente viu no sentido da comunidade se cuidar, aquela parte lá do sedentarismo e também ter uma alimentação na hora certa” (Ata)

A partir das falas podemos inferir que a intervenção contribuiu para potencializar os profissionais na descoberta de novas funções e novos processos de trabalho e, de algum modo, ressignificar a prática. Segundo o Ministério da saúde, para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. (BRASIL, 2009).

Percebe-se também que algumas ações de cuidado nutricional cabíveis no contexto da prevenção e controle da obesidade, como orientação alimentar e vigilância nutricional, aparecem nos depoimentos dos participantes ao mencionarem as contribuições da intervenção para a prática. Estas ações também foram valorizadas na elaboração do plano de ações e estratégias a ser implementado em equipe, conforme descrito anteriormente.

Segundo o Ministério da Saúde, a orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso é uma atribuição a ser desenvolvida pelo conjunto de profissionais da Equipe de Saúde na Atenção básica. Além disso, outras ações em cuidado nutricional, como a Vigilância Alimentar e Nutricional concretiza-se na Atenção Básica em uma série de ações que subsidiam os diversos Sistemas de

Informação disponíveis no SUS. Desta forma, torna-se necessário o investimento em educação permanente sobre o tema, partindo do pressuposto que a aprendizagem deve se dar no trabalho, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2009)

É inegável a pertinência dos conhecimentos sobre obesidade para uma equipe de saúde, conforme o exposto pela PNAN (Brasil, 2011) em relação capacitação do profissional e seu papel para com a sociedade. Entretanto, para tal fim, enfatiza-se a adoção de estratégias educativas dialógicas que possibilitem a construção coletiva em que cada trabalhador do SUS possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papeis. (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Ainda sobre as contribuições da intervenção educativa sob a ótica dos participantes, foi interessante observar que a aprendizagem assumiu significados para além do trabalho, que pode se observar nos depoimentos.

(...) Vai ajudar começando de mim, porque eu acho que estou obeso, acho que é isso aí, a começar em mim, as vezes eu posso querer falar com uma pessoa que tá obesa, aí ela pode dizer, olha ele também está obeso, aí já vou cuidar de mim. (Caju)

(...) é válido até para minha própria família, por que na minha própria família tem sobrepeso e tenho duas irmãs que ficaram diabéticas, eu não quero isso pra minha família e eu tento explicar que não é desse jeito (...) (Cajá)

Eu vou poder estar contribuindo até mesmo com minha própria família, eu já falei um pouco sobre a obesidade pra eles, até por que tem alguns com sobrepeso né? E eu já conversei que o sobrepeso pode levar a algumas doenças, hipertensão, diabetes (...) (Maracujá)

Eu vou logo falar da minha vida prática, eu tenho três filhos e um tem problema de crescimento e é acompanhada lá em Teresina vai servir muito pra mim, essas curvas pra eu ver e também já ficar em alerta com os outros dois, ficar fazendo esse acompanhamento deles (...) (Maçã)

Os depoimentos evidenciam o alcance de uma sensibilização para o problema somada a uma conscientização que os fazem transcender a prática profissional, reconhecendo a aplicabilidade da aprendizagem para o autocuidado e o cuidado de suas famílias.

O autocuidado é uma prática de cuidar de si desenvolvida pela própria pessoa. São atitudes e comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover sua saúde, de preservar - lá, de assegurar e manter a vida. Um recurso para sobrevivência, porque, ao cuidar

do corpo, não apenas a estrutura física, mas também as dimensões mental e espiritual, o indivíduo compreende melhor e de maneira mais construtiva a sua própria vida. (SANTOS et al., 2011, p. 752).

Estudos realizados por Lourenço, Muscardina, Soler (2010) e Macedo et al. (2009) tem destacado que os profissionais de saúde paradoxalmente não se ocupam dos cuidados com o seu bem-estar. Segundo os autores, profissionais da saúde são treinados e educados para perceber as alterações do corpo do outro e a partir desta sensibilidade promover o cuidado necessário para o bem-estar do sujeito, porém este cuidado não é exercido para o seu próprio bem-estar e saúde.

Entretanto ao analisarmos a fala do participante Caju podemos ver que este se mostra inclinado ao seu autocuidado após a intervenção educativa. É interessante perceber que os momentos de dialogicidade oportunizaram essa consciência dos participantes em relação aos seres sociais que são, para além do trabalho.

Em uma proposta de educação emancipatória, a consciência do mundo e a consciência de si crescem juntas e em razão direta. A Educação problematizadora se faz assim, num esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente como estão sendo no mundo com que e em que se acham (FREIRE, 1987).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como propósito propiciar a uma equipe de saúde da família um maior empoderamento sobre a problemática obesidade para que assim, as ações de cuidado nutricional inerentes ao enfrentamento deste problema fossem fortalecidas. Acreditamos que a educação se constitui em caminho para mudar o mundo, mudar vidas. Acreditamos também que a educação em saúde transforma e foi nela que apostamos e confiamos para o alcance dos objetivos a que nos propomos a partir dessa pesquisa interventiva.

Nesse contexto, buscou-se realizar momentos de educação em saúde para com uma equipe de estratégia saúde da família tendo como enfoque o estudo sobre a obesidade. Para tal fim, optamos em adotar metodologias ativas de aprendizagem, pautadas em uma proposta problematizadora que garantiram o protagonismo dos sujeitos relativamente à construção do conhecimento, levando em consideração as suas experiências, saberes e visões de mundo. Buscou-se ainda fortalecer de alguma forma as ações de cuidado nutricional a serem realizadas no contexto da atenção básica a partir da sensibilização, empoderamento e aproximação dos participantes em relação ao tema.

O caminho metodológico respaldado em Margueres enquanto referencial, foi uma escolha acertada e nos permitiu a construção do saber baseada em uma aprendizagem significativa levando em conta as realidades, experiências, perspectivas e conhecimentos prévios dos profissionais participantes. O Método do Arco mostrou-se bastante útil e viável para o alcance dos objetivos traçados pois promoveu a identificação da obesidade enquanto problema, feita a partir de uma visão diagnóstica inicial da realidade, perpassando por um aprofundamento teórico e posterior eleição de ações a serem desenvolvidas e transformadas em intervenção sobre essa realidade.

Ao nos voltarmos para o desenvolvimento dos cinco encontros que marcaram a intervenção educativa, podemos entender que as etapas de aplicação do Arco de Margueres confluem de forma interdependente para o desenvolvimento de uma consciência crítica e reconstrução dos saberes e do fazer. Assim o debate de ideias se fortaleceu durante todo o processo, sendo vislumbrada a interação e a integração entre os participantes envolvidos no grupo. Este processo possibilitou a

exposição da percepção individual sobre o tema proposto, o debate entre as diversas percepções encontradas e a formulação de uma nova percepção coletiva.

No tocante às percepções dos participantes em relação ao contato com a proposta educativa problematizadora identificou-se que, apesar de alguns dos indivíduos desconhecerem a referida proposta ativa de se obter conhecimento, a mesma apresentou-se como positiva, pois todos os participantes mencionaram em suas falas satisfação ao participarem da intervenção. Através dos relatos obtidos percebeu-se que a maioria dos profissionais não sentiram dificuldades em compreender a metodologia, bem como de participar dela, dada a simplicidade do método. Esta concepção de simplicidade relaciona-se à problematização estar baseada nas vivências/experiências e conhecimentos dos participantes o que torna a metodologia mais fácil de ser compreendida. Sobre as vantagens da utilização das metodologias ativas, muitos dos participantes afirmaram que conseguiram ampliar os conhecimentos e visões sobre o tema graças a participação ativa no processo de aprendizagem, podendo propor por exemplo pontos a serem estudados, compartilhar dúvidas entre os participantes e expor sua opinião frente a temática apresentada.

Cabe ressaltar que o uso desta ferramenta pedagógica ainda revelou-se muito potente em provocar nos profissionais participantes uma reflexão sobre suas práticas, resignificando-as dentro do processo de ensino – aprendizagem. Isso graças a problematização e aproximação crítica dos participantes com a realidade, possibilitando a identificação da obesidade como um problema e a organização de soluções para enfrentá-lo.

Relativamente às contribuições da intervenção educativa, os participantes argumentaram sobre como o empoderamento acerca da obesidade contribuiu para ampliar o olhar sobre o problema de forma a subsidiar a prática. Outro resultado que pode ser observado foi o alcance de uma aprendizagem significativa, haja vista que a problemática estudada assumira uma relevância para a equipe em relação prática cotidiana. Foi evidenciada ainda pelos participantes o alcance de uma sensibilização para o problema somada a uma conscientização que transcendeu a prática profissional, reconhecendo a aplicabilidade da aprendizagem para o autocuidado e o cuidado de suas famílias.

O cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade que permeia as ações desenvolvidas pela equipe na prática cotidiana, foi de fato fortalecido. Além da transformação dos próprios participantes em relação à sua práxis

como profissionais anteriormente relatada, a construção coletiva do plano de ação e estratégias exprime o comprometimento dos mesmos em voltar-se para a problemática transformando-a em algum grau. As ações pactuadas e incorporadas ao cronograma de trabalho da equipe convergem para o fortalecimento do cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade, haja vista que as mesmas perpassam a ampliação da prática da vigilância alimentar e nutricional, a implementação de grupos de promoção e educação em saúde, estreitamento das relações entre a ESF, família e escola na promoção da alimentação saudável e o engajamento da equipe na construção de linhas de cuidado e na sensibilização da comunidade acerca da obesidade.

Diante disto, a pesquisa demonstrou que estratégias metodológicas problematizadoras podem oportunamente serem utilizadas no cotidiano dos serviços de saúde. O protagonismo dos profissionais de saúde na construção do conhecimento torna-se aqui condição *sine qua non* para que o saber tenha a força necessária para ser refletido na prática de modo a aprimorá-la. Infere-se portanto que a intervenção educativa contribuiu para o conhecimento e exercício profissional dos participantes, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho e relações.

Este estudo contribuiu diretamente para a prática da equipe de saúde da família no tocante ao cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade e visou respaldar os profissionais com o aprofundamento teórico, reflexão e consolidação/qualificação de práticas inerentes ao tema, ao passo que valorizou suas experiências acerca do assunto. Nesse aspecto, considera-se a comunidade assistida pelos profissionais da ESF módulo 10 como beneficiada frente ao aprimoramento das práticas de sua equipe de referência. Percebe-se também a necessidade da continuidade do desenvolvimento de ações educativas junto as equipes profissionais como meio de fortalecer o cuidado a população assistida pelas UBS da cidade de Parnaíba-PI.

Contudo, a pesquisa teve como limitação a impossibilidade de avaliar a implementação do plano de ação, devido à sua exequibilidade a longo prazo, sem dar condições de serem trazidos ainda nesse estudo os elementos avaliativos acerca da execução do mesmo. Tal fato nos faz pontuar uma outra limitação importante: o tempo reduzido para intervenção, haja vista que os profissionais estão rotineiramente voltados à outras práticas e são cobrados em relação à elas, o que dificulta o

investimento de tempo em ações de educação permanente em saúde. Isso nos faz refletir sobre os entraves em relação à instituição da PNEPS enquanto proposta contra-hegemônica. Certamente se as etapas do arco pudessem ter sido desenvolvidas em mais encontros com uma duração maior, os resultados da intervenção teriam sido amplificados.

Estas limitações podem ser minimizadas com a continuidade das ações, haja vista que foram pactuadas entre os profissionais participantes ações a curto, médio e a longo prazo no plano de ação a serem desenvolvidas no território, de forma longitudinal. Além do acompanhamento da execução do plano de ação, outra forma de garantir a sustentabilidade da proposta reside na vontade de replicar esta estratégia educativa nas outras equipes de saúde da família do Distrito 4 de Saúde, no qual a pesquisadora exerce suas atividades profissionais, para instigar o fortalecimento das ações de cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade também nos demais territórios do Distrito

Passo agora a escrever este último parágrafo em primeira pessoa para externar aqui o contentamento que me invadiu ao longo desta intervenção, que me afetou e me fez refazer-me enquanto pessoa, profissional, cidadã. Foi graças à jornada nesse programa de mestrado, graças à essa produção inerente ao trabalho conclusivo do curso, o contato com os referenciais teóricos e metodológicos, mas principalmente, graças à experiência que tive na realização da intervenção que pude despertar para o real sentido de educação em saúde. Eu não podia imaginar como seria engrandecedora essa trajetória! Muito falei aqui sobre a ressignificação da prática e aprendizagem significativa que a pesquisa oportunizou para os participantes do estudo. Entretanto, me emociono em destacar que a maior aprendiz fui eu!

E para finalizar, nada melhor do que reafirmar a célebre frase de Paulo Freire:

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.”

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L. F. C.; DOLINA, J. V.; PETEAN, E.; MUSQUIM, C. A.; BELLATO, R.; LUCIETTO, G. C. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, Espírito Santo, p. 53-61, jul./set. 2013.

BATISTA, C. M. C. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Rev. Pensar Enfermagem** Vol. 13 N.º 2 2º Semestre de 2009. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf> Acesso em: 15 set 2015.

BARDIN L. **L'Analyse de contenu**. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

BERBEL N. A. N. A metodologia da problematização com o Arco de Magueres. Uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: **EDUEL**. 202p, 2012.

BERBEL, N.A.N. O exercício da práxis por meio da metodologia da problematização: Uma contribuição para a formação de profissionais da educação. **UEL**, 2006.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis. **Semina**: v.17, n. esp., p.7-17, 1996.

BERBEL, NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Núm.2(2), pág.139-154. 1998.

BERBEL, N. A. N. O exercício da práxis por meio da metodologia da problematização: uma contribuição para a formação de profissionais da educação. 2006. **PUCPR**. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2006/anaisEvento/docs/PA-323-TC.pdf>. Acesso em: 28/08/2016.

BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre as mudanças de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, Vol. VI, 1998.

BORDENAVE, J. D., PEREIRA, A. M. P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25ª ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BORDENAVE, JD; PERREIRA, AM. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 28ª ed., Petrópolis: Vozes, 2007.

BORILLE, D.C; BRUSAMARELLO, T; PAES, M.R; MAZZA, V.A; LACERDA, M.R; MAFTUM, M.A. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, jan-mar, 21 (1): 209-16, 2012.

BRANCO, L.M; HILÁRIO, M.O.E; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (6); 292-296, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Diário oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

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

Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde– (Cadernos de Atenção Básica, n. 38), 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares** 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Diário oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38), 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Guias e manuais 2010. **Preparações Regionais Saudáveis**. Mais saúde nas mesas das famílias do Programa Bolsa Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, K.M.B. **Obesidade**. 2ª ed. São Paulo. Manole. 2005.p. 149-170.

CECCIM, R.B. **Educação permanente**: desafio ambicioso e necessário. Interface-Comunic, Saúde e Educ. v.9, n.18, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais** (8a ed.). São Paulo: Cortez. 2006.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com Estratégias de Ensino-Aprendizado por Descoberta na Área da Saúde: a Problematização e a Aprendizagem

Baseada em Problemas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 780-788, mai - jun. 2004.

CORIOLOANO, M.W.L; LIMA, M.M; QUEIROGA, B.A.M; RUIZ-MORENO, L; LIMA, L.S. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v.10 n.1, p.37-59, mar./jun.2012.

COLOMBO, A.A; BERBEL, N.A.N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

CPRM. **Serviço Geológico do Brasil**. Localização, 2004. Disponível em: <<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/piaui/relatorios/150.pdf>> Acesso: 05 ago. 2016

CUPPARI, L. **Nutrição clínica do adulto**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

DAMASCENO, V. O; LIMA, J. R. P; VIANNA, J. M; VIANNA, V. R. A; NOVAES, J. S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Rev Bras Med Esporte** _ Vol. 11, Nº 3 – Mai/Jun, 2005.

DIAS, V.P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R.R. Educação em Saúde: o trabalho de grupo em atenção primária. **Rev. APS [periódico na internet]** [citado em 2009 set 12]; 12(2);221-27. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewPDFInterstitial/330/205> Acesso maio 2015.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)**. 2009. Disponível em <http://www.abeso.org.br/pagina/261/diretrizes.shtml>. Acesso set 2015

ELIAS, C.E.L. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: Possibilidades de ensinar e aprender. **Trabalho de conclusão de curso UFMG**, Araçuaí-MG, 2009.

FELIPPE, F. M. L. O peso social da obesidade. **Tese de Doutorado em PUCRS:** Porto Alegre, 2001.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa** (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a. ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire**. – São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T **Métodos de pesquisa**. UFRGS, 2009.

GEMIGNANI, E.Y.M.Y. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. **Revista Fronteira das Educação [online]**, Recife, v. 1, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.frenteirasdaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>>.

GIGANTE, D. P. et al. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 157-165, set. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRADE, M.G; CRUZ, E.M.N.T; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev. Esc. Enferm.** (USP), 2006.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Ed. 8°. Rio de Janeiro: **Record**, 2004.

GOMES, M.P.C; RIBEIRO, V.M.B; MONTEIRO, D.M; LEHER, E.M.T; LOUZADA, R.C.R. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação**, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.

IBGE. **Estudo Nacional da Despesa Familiar** – Endef. Rio de Janeiro, 1976.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@ (Piauí) 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

JAIME, P. C., SILVA, A. C. F. D., LIMA, A. M. C. D., BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.** V. 6, n. 24, p. 809-824. 2011.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: **Eduerj**, 2002.

JUNIOR, A. F. B.; JUNIOR, N. F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Rev. Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011

KLEIN, P. N. Nutrição na prevenção e no tratamento da celulite. Trabalho de conclusão de curso de Especialização lato sensu em estética. **Faculdade redentor, Instituto Itesa**. São paulo, 2012.

LIMA, M.A.D.S; ALMEIDA, M.C.P; LIMA, C.C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **R. Gaucha Enferm.** Porto Alegre, v 20, n sp, p. 130-142, 1999.

LINS, A. P. M., SICHIERI, R., COUTINHO, W. F., RAMOS, E. G., PEIXOTO, M. V. M., FONSECA, V. M. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Cien Saude Colet.** v.2, n.18, p. 357-366, 2013.

LOURENÇÃO, L.G.; MOSCARDINI, A.C.; SOLER, Z. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev Assoc Med Bras.** São Paulo, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1996.

MACEDO, P. C. M. et al. Health-related quality of life predictors during medical residency in random, stratified sample of residentes. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 119-124, 2009.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica.** 5ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENEZES, R. C. E. D., OLIVEIRA, M. A. A., COSTA, E. C., LONGO-SILVA, G., OLIVEIRA, J. S. Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde: A educação permanente como instrumento de aproximação ensino-serviço. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.4, n.37, p. 1051, 2014.

MITRE, S. M., SIQUEIRA-BATISTA, R., GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M., MORAES-PINTO, N. D., MEIRELLES, C. D. A. B., PINTO-PORTO, C., HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc saúde coletiva,** v.2, n,13, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, E.M. L. M.; VIEIRA, Neiva, F. C. Educação em saúde a partir de círculos de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 3, n. 63, p. 397-403, 2010.

MONTEIRO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.; SOUSA, A.M.A. Grupo de apoio: relações interpessoais entre puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. **Acta Paul Enfermagem**, v.2, n.21, p. 397-403, 2008.

OLIVEIRA, I A. SANTOS, T R L. A cultura amazônica em práticas pedagógicas de educadores populares. – PPGED / UEPA – nildeapoluceno@uol.com.br. – PPGED /UEPA – tanielobato@superig.com.br. **GT: Educação Popular** / n.06 – 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

PATTO, M.H.S (org.) **Introdução a Psicologia Escolar**. 3ed. Rev. Atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

PAVIANI, N.M.S; FONTANA, N.M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura, Neires**. v. 14, n. 2, maio/ago. 2009.

PICCININI, C. A., GOMES, A. G., NARDI, T., LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 1, n. 13, p. 63-72, 2008.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO; A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, 17(4): 523-533, out/dez, 2004.

PONTES, A. L. C., SOUZA, I. A., NAVARRO, A. C. O tratamento da obesidade através da combinação dos exercícios físicos e terapia nutricional visando o emagrecimento. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.3,n.14,p.124-135.Març o/Abril 2009.

POPKIN, B. M. Is the obesity epidemic a national security issue around the globe? **Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.**, [S.l.], v. 18, n. 5, p. 328-331, maio 2011.

PRADO, M.L; VELHO, M.B; ESPINDOLA, D.S; SOBRINHO, S.H; BACKES, V.M.S. Arco de charles maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery** (impr.) jan-mar; 16 (1):172-177, 2012.

RAMOS L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: projeto Epidoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 19, p.793-7, 2003.

REIS, N. T. **Nutrição Clínica**: sistema digestório. São Paulo: 2003.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. de N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Rev Paul Pediatr**, vol. 29, n.4, p.625-33, 2011.

REZENDE, A. M. B. Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional (Doctoral dissertation, **Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição**), 2011.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, Araxá/MG, n. 04, p.129-148, maio de 2008.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo Rocha; et al. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Rev. Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-13, abr/jun 2012.

SANTOS, I. et al. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 745-53, 2011.

SARTORI, G.S.; VAN DER SAND,I.C.P.- Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem, v.06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

SILVA, A. H., FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo da aplicação de técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@ s Revista Eletrônica**, 2015.

SILVA K.L., SENA R.R., GRILLO M.J.C, HORTA N.C., PRADO P.M.C. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 1, n. 62, p. 86-91. 2009

SOUZA, I. P. M. A. D., JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.4, n.33, p.618. 2012.

SPECTOR, N. **Manual para redação de teses, dissertações e projetos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEREIRA J.M., HELENE L.M.F. Reeducação alimentar e obesidade: relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde [periódico na internet]** 2006 [citado 2010 set12]; 2:32-8. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n2/Reeducacao_alimentar.pdf. Acesso maio 2015.

PICCININI, C. A., GOMES, A. G., NARDI, T., LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 1, n. 13, p. 63-72, 2008.

RAMOS L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: projeto Epidoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 19, p.793-7, 2003.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, Araxá/MG, n. 04, p.129-148, maio de 2008.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo Rocha; et al. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Rev. Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-13, abr/jun 2012.

SARTORI, G.S.; VAN DER SAND, I.C.P.- Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

SILVA, A. H., FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo da aplicação de técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, 2015.

SILVA K.L., SENA R.R., GRILLO M.J.C, HORTA N.C., PRADO P.M.C. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 1, n. 62, p. 86-91. 2009

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

VIEIRA, G.O; APERIBENSE, P.G.G.S; CURTINHAS, S; BARBOSA, L.M.A. **Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación**, Buenos Aires – Argentina, 2014.

ZAMBON, R.E. Contribuições da metodologia da problematização para a formação do assistente social. Mestrado em educação. **Centro de educação, comunicação e artes, Universidade Estadual de Londrina**. Londrina-PR, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 – COMO VC SE SENTIU PARTICIPANDO DE UMA ATIVIDADE EDUCATIVA PAUTADA EM UMA PROPOSTA PROBLEMATIZADORA?

2 – O QUE NA SUA OPINIÃO FACILITOU O PROCESSO EDUCATIVO UTILIZADO NESTA INTERVENÇÃO? POR QUÊ?

3 QUE DIFICULDADES FORAM SENTIDAS/PERCEBIDAS POR VOCÊ AO LONGO DO PROCESSO EDUCATIVO? JUSTIFIQUE.

4 – VC SE SENTE MAIS EMPODERADO A RESPEITO DA TEMÁTICA OBESIDADE? POR QUÊ?

5 – COMO ESSE EMPODERAMENTO PODE CONTRIBUIR PARA A SUA VIDA E PRÁTICA PROFISSIONAL? VC PODERIA DAR ALGUM EXEMPLO?

6 – NO GERAL COMO VOCÊ AVALIA A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA? SINTA-SE A VONTADE PARA FALAR A SUA SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO EDUCATIVA:

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Cara Sr(a) _____ sou mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Cuidado nutricional para controle e prevenção da obesidade na Estratégia Saúde da Família: implementação de uma estratégia educativa.**

Neste sentido, você está sendo convidada a participar de uma pesquisa no mercado público vinculado a Unidade Básica de Saúde Centro, que tem como objetivo realizar uma intervenção educativa pautada na problematização a partir do Arco de Maguerez junto a uma equipe de saúde da família sobre cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade. Os dados serão divulgados à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos os seguintes direitos serão respeitados pelas pesquisadoras: a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa que estou participando; o anonimato das informações individuais e personificadas; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação personificada (que se identifique) das informações; divulgação sobre os resultados do estudo e que não será prejudicado em qualquer instância dentro desta instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou à participação, estamos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Edgar Barroso, casa 17, bairro Rodoviária, Parnaíba – PI, ou poderá comunicar-se com a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, localizado Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes nº.186, Bairro Derby Club, Sobral-CE, telefone: (88) 3677-4255.

Caso queira reclamar sobre esta pesquisa, poderá dirigir-se pessoalmente a mim ou fazê-la por escrito e enviar a estes endereços. E, em face destes motivos, gostaria muito de contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo descrito anteriormente realizado pela pesquisadora _____, que compreendi seus propósitos e assumo a minha participação e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Parnaíba, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

CARTILHA EDUCATIVA

OBESIDADE



Autoras: Ana Glayrce de Oliveira Araujo
Lana Raysa da Silva Araújo

Parnaíba-PI

1. ASPECTOS GERAIS DA OBESIDADE

1.1 DEFINIÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde e que, uma vez instalada, tende a evoluir para a cronicidade. Constitui uma condição complexa de dimensões sociais, biológicas e psicossociais consideráveis, podendo eventualmente afetar qualquer pessoa de qualquer idade ou grupo socioeconômico, em qualquer parte do mundo.



1.2 CAUSAS/FATORES DE RISCO

- ✓ Causas genéticas: Os genes podem afetar a ingestão calórica, o gasto calórico e ainda a eficiência no armazenamento de calorias em forma de gordura no corpo.
- ✓ Fatores Hormonais: Algumas doenças endócrinas podem contribuir para o excesso de peso (Síndrome de Cushing, Distúrbios no Hipotálamo, Hipotireoidismo, Síndrome do Ovário Policístico, Deficiência de Hormônio do Crescimento)
- ✓ Fatores Medicamentosos: O uso continuado de algumas drogas também podem contribuir para o ganho de peso como: drogas antipsicóticas (Olanzapina, Clozapina); antidepressivos; drogas antiepiléticas.
- ✓ Fatores Dietéticos
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Fatores Psicológicos

1.3 DIAGNÓSTICO/CLASSIFICAÇÃO

O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma forma para conhecer o estado nutricional do indivíduo. Para calculá-lo, basta dividir o peso em quilogramas pelo quadrado altura em metros ($IMC = \text{peso} / \text{altura} \times \text{altura}$).

1.3.1 Adultos (idade entre 20 e 60 anos incompletos)

Para a avaliação do estado nutricional de adultos, são necessárias as seguintes informações:

- Peso.
- Estatura.

IMC	Classificação
< 18,5	Excesso de Magreza
18,5 - 25	Peso Normal
25 - 30	Excesso de Peso
30 - 35	Obesidade (Grau I)
35-40	Obesidade (Grau II)
>40	Obesidade (Grau III)

1.3.2 Idosos (acima de 60 anos)

São adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do Índice de Massa Corporal (IMC) do idoso:

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
< 22 (menor ou igual a 22)	Baixo peso
> 22 e <27 (entre 22 e 27)	Peso adequado
> 27 (maior ou igual a 27)	Sobrepeso

1.3.3 Adolescente (idade de 10 a 20 anos incompletos)

Para a classificação do estado nutricional dos adolescentes, deve ser adotada a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (OMS, 2007)

Passos para a classificação do estado nutricional:

1. Mensuração do peso e da altura.
2. Cálculo do IMC.
3. Cálculo da idade em meses.
4. Com o valor obtido, é possível usar a tabela encontrada na caderneta do adolescente oferecida pelo ministério da saúde para identificar sobrepeso ou obesidade.

1.3.4 Crianças (indivíduos menores de 10 anos)

O referencial para classificar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos são as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 (OMS, 2006), e para as crianças de 5 a 10 anos incompletos a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (OMS, 2007).

Passos para a classificação do estado nutricional:

1. Mensuração do peso e da altura.
2. Cálculo do IMC.
3. Cálculo da idade em meses.
4. Com o valor obtido, é possível usar a caderneta de saúde da criança fornecida pelo ministério da saúde para identificar sobrepeso ou obesidade.

1.4 TIPOS MORFOLÓGICOS:

A gravidade da obesidade está relacionada não apenas com o grau, mas também com o tipo morfológico da distribuição do tecido adiposo, pois as doenças estão mais associadas a distribuição morfológica do que ao grau da doença.

- ✓ Obesidade Ginóide (tipo pera): É observada principalmente em mulheres, a gordura se centra sobretudo na região das coxas, quadris e glúteos.



- ✓ Obesidade Andróide (tipo maçã): É observada principalmente em homens, a gordura se distribui principalmente no abdômen.
- ✓ Circunferência da cintura (CC): A circunferência da cintura permite identificar a localização da gordura corporal. Os pontos de corte adotados, que diferem segundo o sexo, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000).

Circunferência da Cintura e Risco de Complicações Metabólicas para Homens e Mulheres

	Risco	
	Aumentado	Muito Aumentado
Homens	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulheres	≥ 80cm	≥ 88cm

Han et al., 1995.

1.5 TRATAMENTO

1.5.1 Tratamento não farmacológico

O tratamento não medicamentoso da obesidade reúne a intervenção dietética, atividade física e terapêutica comportamental.

1.5.2 Medicamentoso

A utilização de medicamentos contribui de forma modesta e temporária no caso da obesidade, e nunca devem ser usados como única forma de tratamento. Boa parte das substâncias usadas atuam no cérebro e podem provocar reações adversas graves, como: nervosismo, insônia, aumento da pressão sanguínea, batimentos cardíacos acelerados, boca seca e intestino preso, além disso um dos riscos mais preocupantes dos remédios para obesidade é o de se tornar dependente.

1.5.2. Cirúrgico

Para se submeterem a cirurgia bariátrica os pacientes devem:

- ✓ Os pacientes devem ter o IMC maior que 40, que corresponde à obesidade mórbida ou IMC acima de 35 com doenças associadas como: diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares, colesterol ruim alto (LDL), doença do refluxo, entre outras.
- ✓ O paciente deve ser obeso há, no mínimo, cinco anos, pois o sobrepeso pode ser provisório, e ter passado por algumas tentativas frustradas de tratamento clínico, integrando dietas, atividades físicas, medicamentos e psicoterapia.

2. MANEJO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE

Apresentam-se, a seguir, algumas informações sobre alimentação que todos os profissionais de Saúde podem abordar com os usuários. Podem ser debatidas tanto em consultas individuais como em grupos educativos. A base para as recomendações de alimentação saudável, para a população brasileira, encontra-se no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006). As recomendações apresentadas nesse material são baseadas nas sete diretrizes.

2.1 Diretriz 1 – Os alimentos saudáveis e as refeições

Refeições saudáveis são refeições preparadas com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas às fases do curso da vida, compondo refeições coloridas e saborosas que incluem alimentos tanto de origem vegetal como animal.

Recomendações práticas:



- ✓ O consumo diário de, no mínimo, três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), intercaladas por pequenos lanches. Evitar o consumo de grandes volumes de alimentos em uma única refeição e intervalos prolongados entre as refeições.
- ✓ A substituição de refeições como o almoço e o jantar por lanches (sanduíches, lácteos, salgados etc.) não é recomendada, por não contemplar os diversos nutrientes.



2.2 Diretriz 2 – Cereais, tubérculos e raízes

Os alimentos deste grupo devem ser consumidos com o propósito de repor a energia gasta no desempenho das atividades diárias e são encontrados nos cereais integrais ou refinados (arroz, milho, trigo, aveia, cevada, centeio e cereais matinais), nas farinhas (arroz, fubá, trigo, mandioca e aveia), nas massas (macarrão, pão, entre outros) e também nas raízes e tubérculos (batata-inglesa, batata-doce, inhame, mandioca e

cará).

Recomendações práticas:

- ✓ Um alimento deste grupo deve estar presente em cada refeição, como por exemplo, no café da manhã e no lanche, o pão, a mandioca ou a farinha; no almoço e no jantar, o arroz, a batata, a massa ou a farinha.
- ✓ Também fazem parte desse grupo os biscoitos, porém seu consumo deve ser desestimulado por conterem alto teor de sódio e de gordura.
- ✓ Os cereais integrais, por serem também importantes fontes de fibras, devem, sempre que possível, fazer parte da alimentação diária. O profissional de Saúde deve estimular o consumo de alimentos na forma integral.

2.3 Diretriz 3 – Frutas, legumes e verduras

Estes alimentos atuam como reguladores do metabolismo. Têm papel relevante na formação dos ossos e de outros tecidos, sendo importantes fontes de vitaminas, sais minerais e fibras, sendo recomendado o consumo diário de maior variedade possível.

Recomendações práticas:

- ✓ A recomendação da OMS é de que sejam consumidos diariamente pelo menos 400g de FLV, sendo pelo menos três porções de frutas e três de legumes e verduras.
- ✓ O consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) crus e cozidos, com casca e bagaço (daqueles que são comestíveis) e o seu aproveitamento integral devem ser estimulados. O uso deste grupo em preparações de massas, de arroz e de carnes torna a alimentação menos calórica, mais nutritiva, colorida, além de proporcionar mais saciedade.
- ✓ Outra recomendação importante é o incentivo ao consumo de alimentos com cores diferentes, o que garantirá a variedade alimentar, com diferentes nutrientes e sabores.



2.4 Diretriz 4 – Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas

As leguminosas são grãos contidos em vagens ricas em tecido fibroso. Os grãos secos como o feijão, lentilha, grão-de-bico e soja, embora sejam consideradas proteínas incompletas, quando consumidos com cereais tais como o arroz, milho e trigo realizam combinações proteicas de valor semelhante ao das proteínas completas, por isso essas combinações devem ser estimuladas. As proteínas incompletas são provenientes das leguminosas como feijão, lentilha, grão-de-bico, soja.

Recomendações práticas:

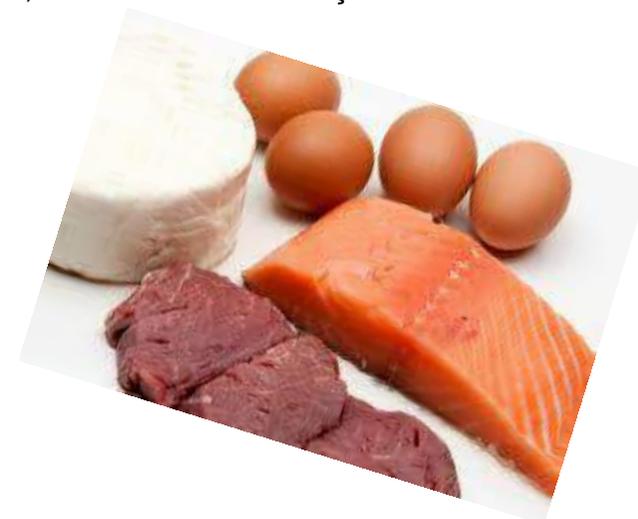
- ✓ Orientar o consumo de uma porção de leguminosas por dia.



- ✓ O consumo de arroz com feijão, na proporção de uma parte de feijão para duas de arroz, cozidos é a combinação completa de proteínas.

2.5 Diretriz 5 – Leites e derivados, carnes e ovos

2.5.1 Leites e Derivados: Além de ser fonte de proteína de alto valor biológico, são os maiores fornecedores de cálcio. Os produtos lácteos são os queijos, requeijões, iogurtes e coalhadas. Dietas ricas em leite ou produtos lácteos ajudam na formação de ossos e dentes, na contração muscular e na ação do sistema nervoso, podendo reduzir o risco de osteoporose. Os adultos devem preferir os produtos com baixo teor de gordura, desnatados ou versões light.



2.5.2 Carnes (bovinos, suínos, aves e peixes) e ovos: Seu consumo deve ser estimulado nas grandes refeições, dando preferência a carnes magras, de boi, peixes e aves sem pele, carne branca de porco, como lombinho, e ovos. Esses alimentos são ricos também em gorduras, e colesterol, por isso, devem ser consumidos com moderação.

Recomendações práticas:

- ✓ Recomendar o consumo diário de três porções de leites e/ou derivados por dia.
- ✓ Orientar o consumo diário de uma porção de carne, peixe ou ovo por dia.
- ✓ Estimular a escolha de leites, derivados e carnes com menor teor de gordura.
- ✓ Crianças, adolescentes e gestantes devem consumir leite integral. Se houver justificativa o consumo de leites e derivados com baixo teor de gordura poderá ser prescrito por médico ou nutricionista individualmente.
- ✓ As carnes selecionadas para o consumo devem ser aquelas com menor quantidade de gordura. Por isso, é importante recomendar a retirada de toda a gordura aparente e peles antes do preparo.

- ✓ Charque e derivados de carne (salsicha, linguiça, presuntos e outros embutidos) contêm, em geral, excesso de gorduras e sal e somente devem ser consumidos ocasionalmente.
- ✓ Vísceras e miúdos, como fígado bovino e outros, são excelentes fontes de ferro, por isso o consumo de uma vez na semana deve ser estimulado.

2.6 Gordura, açúcares e sal

2.6.1 Gordura

Os exageros de gordura na alimentação, além de elevar a ingestão de calorias, podem levar à obesidade. No entanto algumas gorduras quando consumidas com moderação são benéficas para a saúde, como os ômega 3 e 6 encontrados em alguns alimentos: peixes (sardinha, cavala, arenque cozidos ou assados), frutas oleaginosas (nozes, castanhas, amêndoas); sementes (linhaça, papoula e girassol); soja e óleo de soja; abacate e azeite.

Recomendações Práticas:

- ✓ Em relação à quantidade de óleo no ambiente doméstico, recomenda-se o uso de uma lata ou frasco de 900 ml de óleo vegetal ao mês para uma família de quatro pessoas.
- ✓ A forma de utilização da gordura em preparações interfere no ganho de peso. Assim, deve-se estimular o uso de preparações, como saladas, refogados, ensopados, cozidos, assados, grelhados, com a utilização moderada de óleo. Frituras em geral devem ser evitadas.
- ✓ Deve-se ter cuidado com as preparações ou salgadinhos disponíveis no comércio, pois em muitos casos há reutilização do óleo, tornando-o gordura saturada. Os salgadinhos industrializados utilizam gordura vegetal em grandes quantidades. Seu consumo também deve ser evitado.

2.6.2 Açúcares

A Organização Mundial da Saúde considera comprovado o efeito prejudicial da ingestão elevada do açúcar na dieta. Deve-se desestimular sua utilização como adição em preparações e orientar o consumo moderado de doces em geral, biscoitos, coberturas de bolos e em bebidas açucaradas (refrigerantes, refrescos artificiais).



2.6.7 Sal

Além do sódio encontrado normalmente nos alimentos in natura, ingerimos este nutriente diariamente no sal (cloreto de sódio—NaCl), que é acrescentado às preparações, e também nos alimentos industrializados, nos quais são acrescentados de sódio para conservação. O consumo de sódio de todas as fontes deve ser limitado de maneira a contribuir no controle da pressão arterial e reduzir o risco de doenças coronarianas e acidente vascular encefálico.

- ✓ Os profissionais devem orientar o uso moderado do sal, evitando-se o uso de saleiro à mesa de refeições, dando preferência ao uso de temperos naturais, como tomate, cebola, alho, louro, limão, vinagre, cheiro-verde, ervas, em vez de temperos condimentados, picantes e industrializados.

2.7 Diretriz 7 – Água

A água possui papel importante na redução das calorias ingeridas e, por consequência, na prevenção da obesidade. A água facilita também a excreção do que não foi aproveitado pelo organismo, dissolvendo as substâncias a serem eliminadas pelo suor, respiração, urina e fezes. Além disso, seu consumo evita a constipação intestinal.



A ingestão de água deve ser estimulada, recomendando-se o consumo de dois a três litros por dia. De preferência, nos intervalos das refeições. Além da água, deve-se estimular a ingestão de outros líquidos, como sucos de frutas, água de coco, assim como desestimular o consumo de refrigerantes, água gaseificada, sucos industrializados e bebidas alcoólicas.



2.8 Alimentos diet e light

Estes alimentos também fornecem calorias e não podem ser consumidos de forma indiscriminada. Nem todos os produtos diet e light, ao contrário do que se pensa, possuem redução calórica.

2.9 Edulcorantes

O termo “edulcorantes” é empregado para designar substâncias que apresentam ação adoçante, podendo ser de caráter natural ou artificial, e com o poder adoçante muito superior ao da sacarose (açúcar de mesa). Pode ser indicado para pessoas com excesso de peso e para aqueles que necessitam controlar o ganho de peso, porém é necessário ter cuidado para não exagerar no consumo visto que o uso em excesso pode trazer prejuízo à saúde.

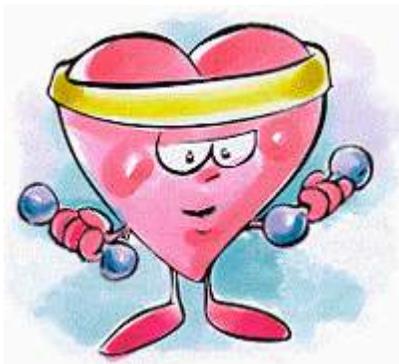
3. OBESIDADE E EXERCÍCIO FÍSICO

O corpo humano não nasceu para ficar parado, por este motivo é tão importante movimenta-lo para promover a saúde e o bom funcionamento de todos os órgãos e sistemas do corpo, bem como para a prevenção do ganho de peso ou mesmo para a promoção da perda de peso.

Conforme Vitolo, (2008 p. 421) “Para terem os benefícios da atividade física no controle do peso, os indivíduos devem se engajar regularmente em atividades que aumentem seu gasto energético”.



3.1 Atividade física x exercício físico



Atividade física: é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura que resulte num gasto de energia acima do nível de repouso. Exemplos: caminhar, lavar o carro.

Exercício físico: é uma forma de atividade física planejada, repetitiva, com orientação profissional, que visa desenvolver a resistência física e as habilidades motoras. Exemplos: natação, musculação.

3.2 Qual exercício físico deve ser feito?

Para realizar atividade física é necessário motivação, portanto é necessário escolher uma atividade que gere bem estar físico, mental, social e principalmente algo que se goste de fazer, por exemplo: fazer academia, caminhada ao ar livre, andar de bicicleta, nadar, praticar esportes de luta, jogar futebol, etc.





É necessário salientar que todo o exercício físico precisa ser orientado, por isso antes de iniciá-lo é importantíssimo o paciente obeso procurar o seu médico para que ele avalie as reais condições e quais exercícios poderão ser realizados de forma segura para a saúde.

Após a avaliação médica e descoberta de qual exercício praticar, é necessário procurar um profissional de educação física para orientar a realização correta do exercício.

Jakicic e Otto (2005) apud Vitolo (2008) concluíram que exercícios de resistência (corrida, agachamento, saltos, flexões) conferem maior condicionamento físico e força muscular a pessoas obesas, proporcionando melhor desenvolvimento das atividades diárias, esse processo por sua vez aumentaria o gasto energético.

Orienta-se também que o indivíduo passe a fazer atividade de vida diária que promovam gasto energético, por exemplo: subir escada diariamente, caminhar até o trabalho, passar menos tempo em frente a televisão, varrer a casa ou apenas um cômodo todos os dias, etc.

3.4 Quanto tempo é necessário fazer de atividade física?

Para Patê (1995) apud Vitolo (2008) É aceito que no mínimo 150 minutos por semana de exercício físico de intensidade moderada já seriam suficientes para promover a saúde e prevenir o ganho de peso, no entanto para perder peso em longo prazo são necessárias mudanças graduais na intensidade e tempo de exercício físico.

Blair e Cols (2004) consideram que são necessários 60 minutos diários de exercício físico de intensidade moderada para maximizar a perda de peso e prevenir a recuperação do peso perdido.



4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS E OBESIDADE

4.1 Qual a relação do fator psicológico com a obesidade?

Alimentar-se não se configura apenas como um modo de nutrir as células do corpo puramente como uma necessidade fisiológica, há por trás desta prática vários aspectos psicológicos como: o prazer de comer uma comida saborosa ou mesmo uma confraternização familiar ou entre amigos.

Para Kahtalian (1992) a fome juntamente com a sede são consideradas as duas forças mais motivadoras e prazerosas que existem e para indivíduos obesos a comida é considerada como tranquilizadora, ou seja, uma forma de canalizar a ansiedade e as frustrações com seu estado físico e social.





Conforme Brasil (2014) o paciente obeso apresenta um pensamento distorcido em torna da alimentação, deste modo através desta atitude o indivíduo obeso é levado a atitudes que dificultam muitas vezes a evolução do seu tratamento. Os principais pensamentos são:

✓ **Hipergeneralização:** inferir uma regra com base em um único fato e aplicá-la a outras situações não semelhantes.

Ex.: "Massa engorda. Não adianta colocar na minha dieta, não acredito que haja uma quantidade adequada".

✓ **Magnificação:** superestimação da importância de fatos indesejáveis resultantes. Os estímulos são acrescidos de significados que não são confirmados por uma análise objetiva.

Ex.: "A praia toda vai notar esses 600 g a mais".

✓ **Raciocínio Dicotômico (ou tudo ou nada):** pensar em termos extremos e absolutos. Os eventos só podem ser pretos ou brancos, certos ou errados, bons ou maus. É, certamente, a distorção mais comum nos obesos e nas pessoas com transtornos alimentares.

Ex.: "Não fui à festa pra não estragar a minha dieta"; "Comi a sobremesa. Depois devorei tudo que encontrei pela frente, o dia estava perdido mesmo, amanhã eu recomeço certinho".

✓ **Pensamento Irracional:** acreditar em uma relação de causa e efeito de fatos que carecem de lógica.

Ex.: "Tudo que eu como vira gordura. Engordo com o ar".

É válido lembrar que este tipo de pensamento dificulta o cuidado nutricional, pois o paciente com estas distorções acaba por realizar a sua própria "dieta", que por vezes apresenta-se restritiva demais gerando transtornos alimentares e psicológicos.

4.2 Transtornos alimentares e psicológicos

Para Sudo; Luz, (2007) apud Brasil (2014) nunca houve tanta preocupação com o corpo como nos dias atuais, esta preocupação é verificada, por exemplo, no número de revistas que semanalmente apresentam em suas capas enunciados que abordam o tema, tal situação contribui com o aparecimento de varias desordens. Os transtornos alimentares (TAs) são desordens complexas, causadas e mantidas por diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos (LEITE; PEREIRA, 2009).

✓ *Compulsão alimentar*

Para Pujol (2011) a compulsão alimentar é caracterizada por episódios alimentares nos quais em um curto espaço de tempo um individuo ingere grande quantidade de alimentos havendo assim um descontrole sobre o tipo de alimento ingerido, a quantidade de energia, salienta-se que todo este descontrole está ligado ao seu comportamento.

✓ *Bulimia Nervosa*

Este transtorno é caracterizado por grande e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda do controle (episódios bulímicos), acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como o vômito autoinduzido, o uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos. Drogas recentemente utilizadas para o tratamento da obesidade, assim como drogas ilícitas como a cocaína, também têm sido usadas recentemente por pacientes bulímicos (COCHRANE et al., 1998 apud CÓRDAS et al., 2004).

✓ *Anorexia nervosa*



Caracteriza-se pela perda de peso intensa à custa de dieta extremamente rígida em quase todos os casos, busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (CÓRDAS, et al., 2004).

✓ *Ansiedade*

Gorenstein (1998) apud Cataneo, *et al* (2005) afirma que este é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desenvolvimento. Ela pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

✓ *Depressão*

Para Lafer, *et al*, (2000) A depressão é um transtorno do humor grave frequente, e ocorre em todas as faixas etárias, sendo que as taxas parecem estar aumentando entre jovens e idosos. Por razões ainda não totalmente esclarecidas, a depressão vem se tornando cada vez mais frequente neste século.



Neste sentido os transtornos alimentares e psicológicos são considerados frequentes em pacientes obesos, uma vez que os mesmos tendem a buscarem resoluções rápidas em dietas restritivas, ao mesmo tempo em que são acompanhados de uma não aceitação da própria condição física e social fator propiciador de ansiedade e depressão.

4.3 O papel da família no aspecto psicológico

A família do paciente obeso tem papel fundamental no desenvolvimento da motivação para o enfrentamento da doença, bem como pode apresentar-se como um fator de pode promover ou insucesso do paciente obeso.

No quadro abaixo são demonstrados papéis que podem ser assumidos pela família.

Quadro 18 – Papéis comumente adotados por familiares de pessoas com obesidade

PAPEL	EXEMPLOS
Sabotador	A esposa que não muda sua forma de cozinhar. A avó que segue dando guloseimas para a criança.
Crítico	O marido que zomba da esposa quando ela vai ao grupo de perda de peso
Motivador	Familiar que apoia e colabora com as mudanças para a perda de peso.

Fonte: WATSON; MORRIS; SELBY, 2004.

4.4 Uso de alguns fármacos e obesidade

Sibutramina : Medicamento aprovado para consumo na maioria dos países, algumas evidencias apontam que a perda de peso pode alcançar 10% e apresenta como efeitos colaterais: secura na boca, insônia, constipação intestinal, aumento nos batimentos cardíacos e na pressão arterial.

Orlistat: Bloqueia a lipase intestinal, o medicamento também associado a perda de 10%, pois bloqueia a ação da lipase pancreática no intestino gerando assim uma perda de gordura intensa nas fezes.

Efedrina-cafeina: Apresenta efeitos termogênicos e anoréticos e seu efeito na perda de peso tem sido controverso com resultados positivos quando associada ao uso de ácido acetilsalicílico, este medicamento pode aumentar a pressão arterial, os batimentos cardíacos, prova irritabilidade, cefaleia, distúrbios urinários, vômitos, insônia.

Obs: O uso de qualquer medicamento deve ser realizado com prescrição e acompanhamento médico.



5. OBESIDADE INFANTIL

Obesidade é excesso de massa adiposa em relação ao peso corporal total que resulta em efeitos deletérios para a saúde (ACCIOLY, 2009).

No Brasil a obesidade infantil apresenta maior prevalência nas meninas com (10,6%) do que em meninos (4,8%) (POF, 2003).

Conforme Moran (1999) quando uma criança já apresenta obesidade aos 6 anos de idade, esta possui 50% de chance de se tornar um adulto obeso, a obesidade na adolescência por sua vez

5.1 Causas da obesidade infantil

- ✓ Aleitamento materno inexistente ou inadequado;
- ✓ Alimentação complementar precoce ou inadequada;
- ✓ Utilização de guloseimas para crianças (chocolate, balas, pirulitos);
- ✓ Sedentarismo;
- ✓ Mal uso de tecnologias (televisão, tabletes, computadores);
- ✓ Alto consumo de produtos industrializados e ricos em gorduras, açúcares e sódio;
- ✓ Hereditariedade;
- ✓ Aspectos psicológicos (compulsão alimentar, ansiedade, depressão).



5.2 Diagnóstico de obesidade em crianças

Geralmente o diagnóstico de obesidade infantil é feito através dos métodos antropométricos como: peso, altura, circunferência da cintura, circunferência abdominal, índice de massa corporal (IMC).

Um dos instrumentos que pode ser bastante utilizado na avaliação e diagnóstico de obesidade em crianças é a Caderneta de Saúde da Criança, conforme Brasil (2013) é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos.

Atualmente, o IMC/I é o índice mais utilizado na definição de obesidade em adultos e também pode ser utilizado em crianças e adolescentes.

$$\text{Fórmula do IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$$



5.3 Impacto da obesidade na infância

- ✓ Crianças obesas são mais altas, apresentam idade óssea avançada e maturação sexual antecipada em comparação com crianças não obesas;
- ✓ Maior risco para doenças cardiovasculares;
- ✓ Maior risco para alterações bioquímicas (glicemia alterada, colesterol aumentado, triglicerídeos, etc);
- ✓ Maior risco para hipertensão arterial sistêmica;
- ✓ Maior risco de sofrer alterações pulmonares com diminuição do volume residual e do volume expiratório, apneia do sono e surtos de sono durante o dia;
- ✓ Alterações dermatológicas como estrias, infecções fúngicas principalmente na região das dobras;
- ✓ Alterações posturais e funcionais.

5.4 Tratamento da obesidade em crianças

Deverá contemplar a multicausalidade da obesidade infantil.

- ✓ A criança deve ser inserida em uma atividade física prazerosa a ela (natação, futebol, atletismo, judô, ciclismo, etc);
- ✓ É importante o acompanhamento dietético com um profissional nutricionista;
- ✓ A atividade física deve ser orientada por um profissional;
- ✓ É necessário o apoio familiar para a mudança dos hábitos alimentares das crianças;
- ✓ É importante um acompanhamento psicológico para que o profissional trabalhe junto com a criança todo o medo e ansiedade que podem ser geradas no processo de emagrecimento.

6. LINHAS DE CUIDADO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O EXCESSO DE PESO E OUTROS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO SOBREPESO E À OBESIDADE

As necessidades dos pacientes com condições crônicas são distintas daqueles com condições agudas, pois precisam de apoio continuado. Diante disto, surge a necessidade de organização do serviço de Saúde para atender a essa demanda de maneira organizada e qualificada a partir da organização do cuidado em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação em rede, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, conforme o ilustrado abaixo.

Neste escopo amplo de ações não se pode esquecer o papel fundamental dos próprios indivíduos, famílias e comunidades para adoção de modos de vida saudáveis e luta pela garantia de políticas públicas que promovam a vida saudável. Nesse sentido, a Rede de Atenção à Saúde, em especial as equipes de Atenção Básica, devem contribuir para o empoderamento dos indivíduos sobre suas condições de saúde de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado.

6.1 Organização da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade

- ✓ Para a atenção ao indivíduo portador de sobrepeso e obesidade é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, desde a Atenção Básica (AB) até a Atenção Hospitalar.
- ✓ Na AB, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação: o Programa Saúde na Escola tem como uma das ações realizar o diagnóstico nutricional dos educandos, que, ao serem diagnosticados com excesso de peso, devem ser encaminhados para a UBS. Outro importante ponto de atenção, situado na AB, são as Academias da Saúde e similares, espaço privilegiado para a realização de práticas de promoção à saúde constituindo-se em um espaço de captação de indivíduos com doenças crônicas, entre elas a obesidade.
- ✓ Na rotina da Atenção Básica, a VAN deve fazer parte do cuidado às demandas espontânea e programada. Os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura e para a classificação do estado nutricional dos indivíduos, além de conhecimento sobre os



hábitos alimentares, permitindo identificar aqueles com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis e orientando a oferta de cuidado para estes casos.

- ✓ As ações de pesar e medir também podem ser realizadas na atenção à demanda espontânea, que pode ser importante momento de captação de usuários com excesso de peso que não frequentam a UBS nas ações programadas. Para além da Atenção Básica, os ambulatorios de especialidades, os hospitais e outros pontos de atenção que compõem a rede também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso, identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a Atenção Básica para que nesse espaço seja ordenado o cuidado do usuário na Rede de Atenção.
- ✓ Para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de Saúde devem estar capacitados e sensibilizados para essa temática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser, na maioria das situações, realizada na Atenção Básica.
- ✓ A partir da classificação de risco segundo IMC e de acordo com cada fase do curso da vida as equipes de Atenção Básica terão subsídios importantes para organizar a atenção a indivíduos com excesso de peso/obesidade.

O fluxograma a seguir sintetiza a oferta de cuidado para indivíduos adultos conforme classificação do IMC.

Fluxograma de atenção

Identificação e acolhimento dos indivíduos com excesso de peso/obesidade e nos diferentes pontos da Rede de Atenção: BUSCA ATIVA, DEMANDA ESPONTÂNEA, DEMANDA PROGRAMADA

NORMAL IMC ≤ 25 Kg/m ²	SOBREPESO IMC entre 25 e 29,9 Kg/m ²	SOBREPESO com comorbidades	OBEESIDADE IMC entre 30 e 40 Kg/m ² com/sem comorbidades	OBEESIDADE IMC entre 30 e 40 Kg/m ² com comorbidades	OBEESIDADE IMC entre 35 e 40 Kg/m ² com comorbidades
Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional	sem sucesso em tratamento anterior na AB	IMC ≥ 40 Kg/m ² com ou sem comorbidade e/ou
Ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física saudável e	Ações de promoção da alimentação adequada e atividade física saudável e	Orientação sobre alimentação adequada e atividade física saudável e	Orientações sobre alimentação adequada e atividade física	Vigilância alimentar e nutricional	sem sucesso em tratamentos anteriores por um período de tempo determinado na atenção especializada ambulatorial,
	Plano de ação para voltar ao IMC normal.	Prescrição dietética*	Prescrição dietética, Terapia comportamental*, farmacoterapia	Prescrição dietética Terapia comportamental Farmacoterapia	Vigilância alimentar e nutricional
				Acompanhamento pré e pós cirúrgico nos casos indicados**	Procedimentos cirúrgicos, Prescrição dietética, Terapia comportamental, Farmacoterapia
					Acompanhamento pré e pós cirúrgico
<small>Comorbidades: HAS, DM, Hiperlipidemia e/ou outras DCNT desencadeadas ou agravadas pela obesidade. *Quando necessário, após avaliação junto a equipe de apoio matricial **Pela equipe multiprofissional de Atenção Especializada (Endocrinologista, Nutricionista, Enfermeiro, Ed. Física, Psicólogo, Assist. social, Fisioterapeuta)</small>				ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL	ATENÇÃO HOSPITALAR
ATENÇÃO BÁSICA, APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, REGULAÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO					

- ✓ Os casos mais complexos ou com IMC >40 kg/m² deverão ser assistidos em serviços de Atenção Especializada (ambulatorial ou hospitalar), desde que este esteja presente no território. Cabe à AB, por meio de suas equipes de Referência e de Apoio Matricial, ordenar a organização da rede municipal ou regional de Atenção à Saúde para garantir a oferta deste cuidado especializado. O ideal é que a equipe de AB também ofereça outras opções terapêuticas (grupos de caminhada, atividade física etc.) para acompanhar de forma conjunta a evolução do tratamento desses indivíduos.

3.2 Estratégias para prevenção e controle da obesidade no âmbito da Atenção Básica

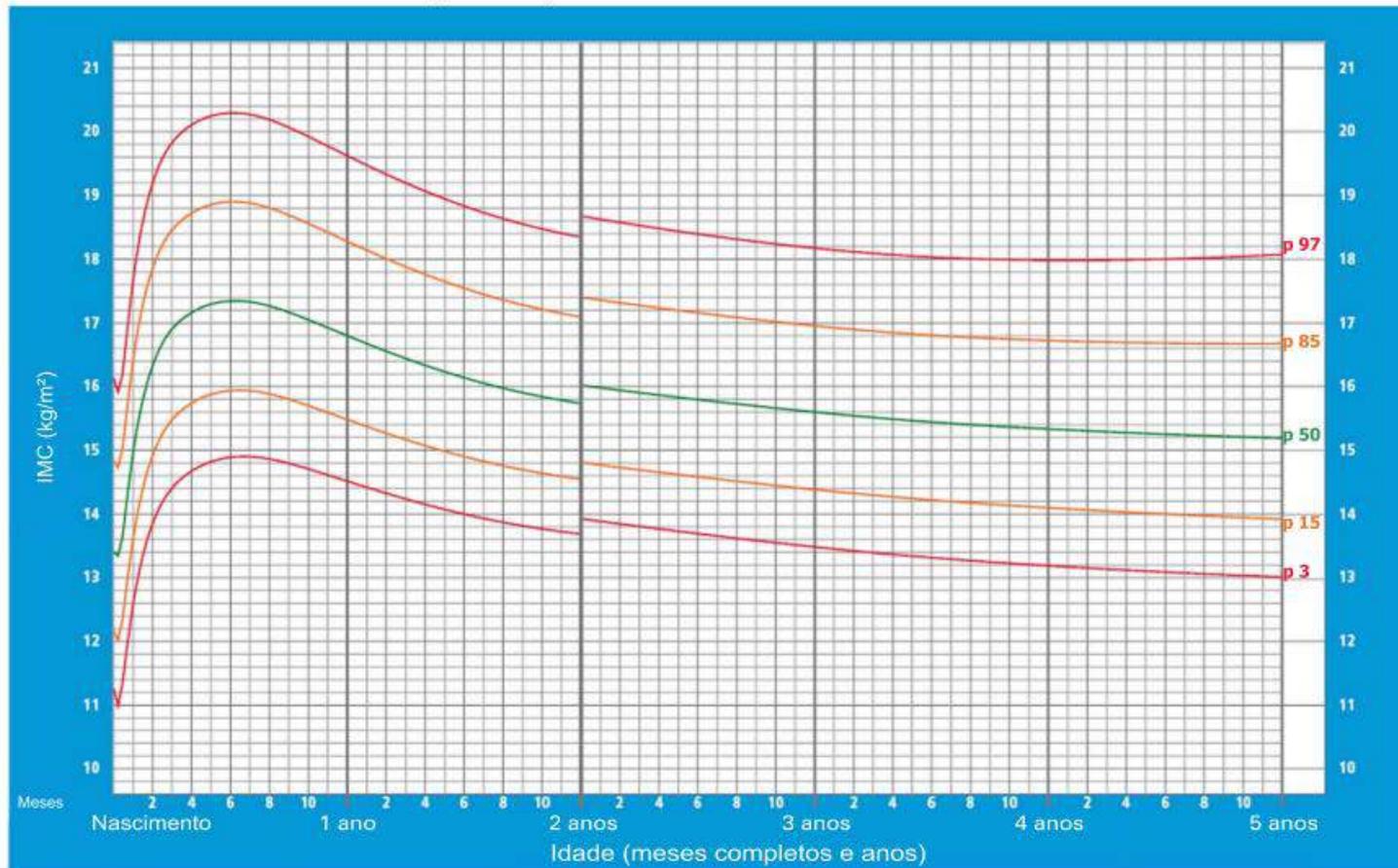
- ✓ Realizar rastreamento do estado nutricional (peso, altura/comprimento e circunferência abdominal) de seus usuários para identificação precoce de excesso de peso e de obesidade nas consultas e atividades programáticas e espontâneas de rotina.
- ✓ Realizar grupos de educação nutricional e de qualidade de vida, que estimulem o senso crítico e a capacidade de escolha, valorizem o conhecimento e envolvimento da comunidade, e nos quais sejam trabalhados temas relacionados à alimentação saudável.
- ✓ Promover grupos de caminhada, dança, alongamentos, relaxamento e outras práticas corporais para o público adulto e infantil.
- ✓ exercitar a intersetorialidade, com escolas, igrejas, associação de moradores e outros equipamentos públicos ou privados da comunidade..
- ✓ Estimular, individual e coletivamente, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o aleitamento materno complementado por dois anos ou mais.
- ✓ Realizar atividades coletivas de prevenção secundária, como grupos de hipertensos e de diabéticos.
- ✓ Buscar o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para planejar as ações individuais e coletivas de prevenção e controle da obesidade, de acordo com as dificuldades e potencialidades locais, considerando os recursos físicos e pessoais existentes.
- ✓ Articular-se com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em níveis secundário e terciário, assumindo a corresponsabilidade nos casos de obesidade que necessitem de Atenção Especializad

ANEXOS

IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)

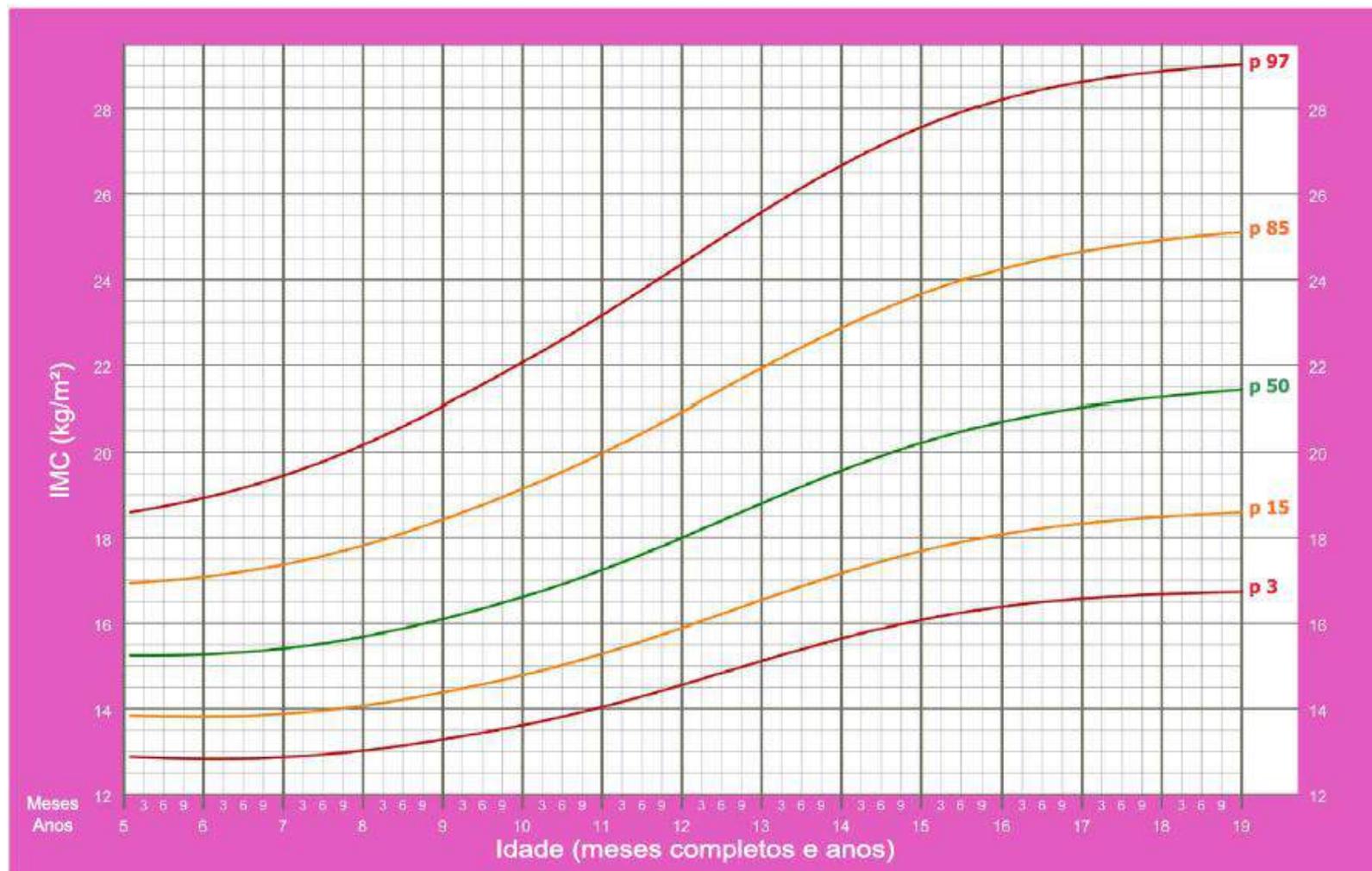
Ministério da Saúde
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC por idade MENINAS

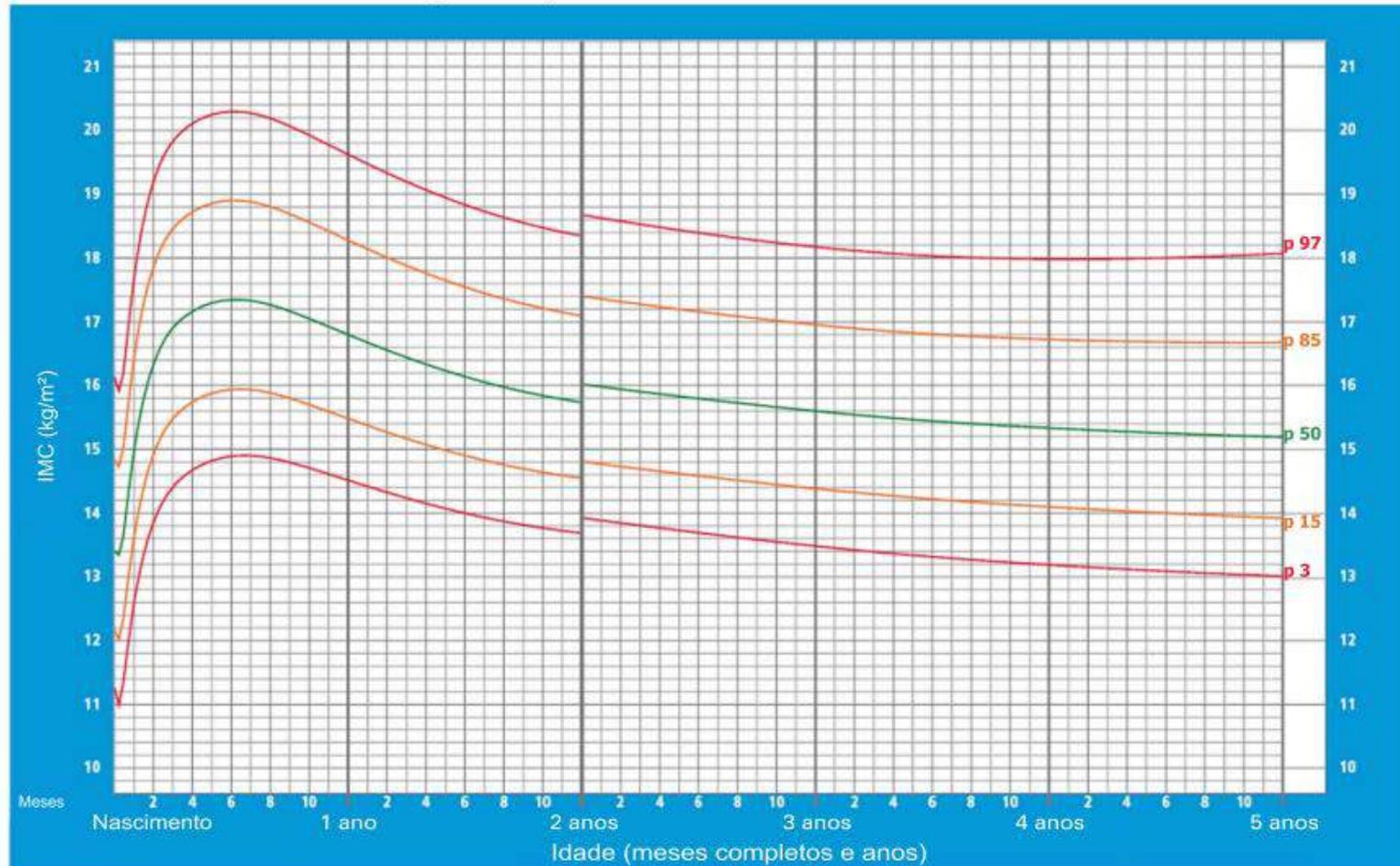
Dos 5 aos 19 anos (percentis)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

IMC por Idade MENINOS

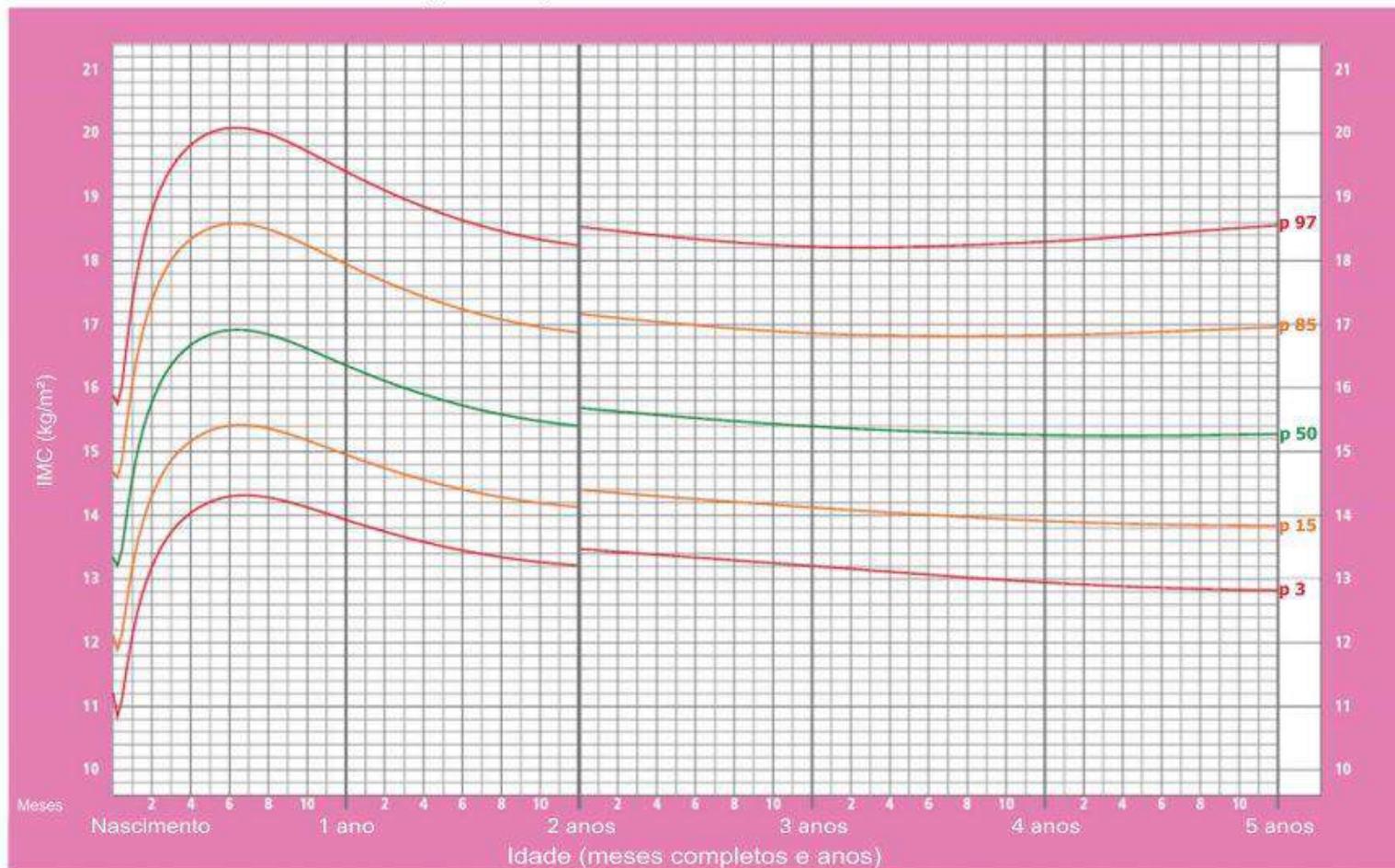
Do nascimento aos 5 anos (percentis)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro; Guanabara: Cultura Médica, 2009.

BLAIR, S.N; LAMONTE, M.J; NICHAMAN, M.Z. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? Am j clin Nutr, v, 79, 2004.

CATANEO, C; CARVALHO, A.M.P; GALINDO, E.M.C. Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005.

CÓRDAS, T. A. et al. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e tratamento. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole, 2004.

KAHTALIAN, A. Obesidade: Um desafio. Em J. Mello Filho (Org.), Psicossomática hoje (pp. 273-278). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Lafer B, Almeida OP, Fráguas R Jr. Depressão no ciclo da vida, Miguel EC (editores). ARTMED, Porto Alegre, 2000.

LEITE, M. O; PEREIRA, M. C. G. Transtornos alimentares e conceitos socioculturais. Saúde Rev, [S.l.], v. 11,n. 28/29, p. 49-55, maio/dez. 2009.

PUJOL, A. P.P. Nutrição aplicada a estética. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2011.

VITOLLO, M.R. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

APÊNDICE E

PLANO DE AÇÕES DE ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

ESTRATÉGIA E AÇÕES PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE

AÇÃO	ESTRATÉGIAS	METAS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS
Vigilância alimentar e nutricional (VAN) de crianças menores de 5 anos, hipertensos e diabéticos e gestantes	- Registro de peso, altura e circunferência da cintura no momento da consulta; - Avaliação periódica dos índices nutricionais; - Definição de instrumentais e rotinas;	Alcançar 50% do público alvo;	UBS módulo 10	- Cursos técnicos; - Instituições de ensino (UFPI, Nassau, UESPI); - Gestão.	- Relatórios bimestrais
Grupos educativos	- Criação de um grupo de emagrecimento orientado; - Intensificação da participação do módulo 10 nas atividades do grupo viva com saúde; - Grupo de apoio a gestante; - Grupo de cuidado nutricional para pais e crianças	- Consolidar os grupos; - Conseguir a participação de 50% do público alvo;	UBS módulo 10	Cursos técnicos; - Instituições de ensino: - NASF; - ESCOLAS; - PSE; - Gestão.	- Evolução antropométrica; - Questionário de satisfação; - Assiduidade no grupo.
Estimular a redução do consumo de alimentos processados	- Conscientização das crianças e pais no espaço escolar; - Feira nutricional; - Confeção de materiais educativos; - Reforço das temáticas trabalhadas nas consultas e visitas realizadas pelo módulo 10	- Estimular o consumo de alimentos saudáveis no público alvo.	UBS módulo 10 - Escola	- NASF; - PSE	Utilização de marcadores alimentares;
Definição da linha de cuidado para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis	- Realização de visitas técnicas; - Elaboração de protocolos; - Apoio matricial; - Reuniões.	Elaborar um itinerário terapêutico no prazo de 1 ano.	UBS módulo 10	CRAS; NASF; CES; ESCOLA; GESTÃO/REGULAÇÃO; Instituições de ensino superior	- Estratégias periódicas.
Sensibilização da comunidade	- Ativos sociais; - Utilizar as salas de espera para sensibilizar; - Utilização de material educativo.	Implementar a prática da sensibilização.	UBS módulo 10	igrejas; Escola; Gestão; NASF.	- Estratégias periódicas.

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAIBA
SECRETARIA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Parnaíba, 17 de dezembro de 2015.

Autorização para realização de pesquisa

Eu, Michell Carvalho do Nascimento

diretor (a)/coordenador(a) da Atenção Básica em Saúde – SES/Parnaíba - PI, venho por meio desta informar a V. Sa. que autorizo o(a) pesquisador(a) ANA GLAYRCE DE ARAUJO OLIVEIRA aluno(a) do curso de MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA da UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA, a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada “**FORTELECENDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO NUTRICIONAL PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA**”, sob orientação do Prof.(a). Dr. (a). Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

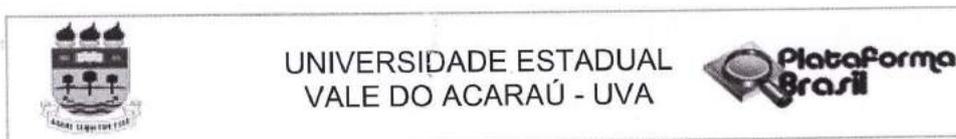
Michell Carvalho do Nascimento

Michell Carvalho do Nascimento
Coordenação Geral de
Atenção Básica

“Assinatura e carimbo do responsável institucional”

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORTALECENDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO NUTRICIONAL PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

Pesquisador: ANA GLAYRCE DE ARUJO OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54517916.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.498.440

Apresentação do Projeto:

Projeto para o Mestrado Profissional em Saúde da Família pela RENASF-UVA, tendo como objeto de estudo as estratégias educativas no cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

- Realizar uma intervenção educativa pautada na problematização a partir do Arco de Maguerez junto a uma equipe de saúde da família sobre cuidado nutricional para a prevenção e controle da obesidade.

ESPECÍFICOS

- Conscientizar e instrumentalizar a equipe acerca do cuidado nutricional tendo como foco a questão da obesidade;
- Desenvolver momentos de educação em saúde a partir de metodologias ativas de aprendizagem
- Fomentar o empoderamento da equipe acerca da temática obesidade, a partir de uma atividade educativa pautada em uma proposta problematizadora.
- Apoiar os profissionais de Saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional;

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.498.440

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos utilizados como a aplicação do roteiro de entrevista poderão trazer algum desconforto como ficar constrangido ou estimular retorno de questões de ansiedade ao falar e/ou responder perguntas relacionadas ao tema violência. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela(o) seu anonimato e pela sua autonomia de desistir de participar da pesquisa ou não participar sem que seja identificado.

Benefícios:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de contribuir diretamente para a prática de uma equipe de saúde da família no tocante ao cuidado nutricional para o controle e prevenção da obesidade por meio de uma intervenção educativa, participativa e problematizadora que visa respaldar os profissionais com o aprofundamento teórico, reflexão e consolidação/qualificação de práticas inerentes ao tema, ao passo que valoriza suas experiências acerca do assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa intervencionista, exploratória, de natureza aplicada e abordagem qualitativa. A intervenção será realizada na cidade de Parnaíba no estado do Piauí e será executada em uma Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Módulo 10 localizada à zona urbana, no território do Distrito 4 de Saúde, com área adscrita ao Bairro Piauí. Os sujeitos deste estudo compreenderão os (as) profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família Módulo 10 com área adscrita situada no Bairro Piauí no Distrito 4 de Saúde de Parnaíba-PI. Os procedimentos adotados para a coleta das informações, acontecerão em quatro etapas distintas. Inicialmente serão realizadas visitas e reuniões com a equipe da ESF Módulo 10, para apresentar a proposta de intervenção e conhecer o interesse, disponibilidade e possível adesão dos profissionais em relação à mesma. Dessa forma a intervenção ocorrerá no período de abril a maio de 2016. Após a acertos iniciais definidos na etapa da contratualização, serão realizados os encontros subsequentes que contemplarão as etapas do Arco de Maguerez: - Encontro 1: Apresentação e discussão do Arco de Maguerez- Encontro 2: (vivenciando o Arco de Maguerez) observação da realidade e levantamento de pontos-chave,- Encontro 3: (vivenciando o Arco de Maguerez) teorização.- Encontro 4 e 5: (vivenciando o Arco de Maguerez) levantamento de hipóteses de solução e aplicação à realidade. O desenvolvimento de cada etapa do Arco será composto por: mediador (pesquisadora), relator (componente do grupo escalado) e demais participantes. Realizar-se-á a análise das falas dos sujeitos, em conformidade com cada encontro correspondente à etapa do Arco de Maguerez aliada

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4247 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.498.440

à análise das notas do Diário de Campo considerando o cuidado necessário para preservar os detalhes das informações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os seguintes documentos:

- Folha de rosto devidamente assinada e carimbada pela instituição proponente;
- Carta de Anuência;
- Projeto de pesquisa completo;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Recomendações:

Incluir no TCLE os riscos de participação na pesquisa e a metodologia que será utilizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP considerou o projeto de pesquisa APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_678284.pdf	22/03/2016 14:47:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/03/2016 14:46:09	ANA GLAYRCE DE ARUJO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAnaGlayrce.pdf	22/03/2016 14:44:31	ANA GLAYRCE DE ARUJO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/03/2016 14:43:58	ANA GLAYRCE DE ARUJO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEAUTORIZACAO.jpeg	22/03/2016 14:42:48	ANA GLAYRCE DE ARUJO OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.498.440

SOBRAL, 13 de Abril de 2016

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO C

FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Fluxograma de atenção

Identificação e acolhimento dos indivíduos com excesso de peso/obesidade e nos diferentes pontos da Rede de Atenção: BUSCA ATIVA, DEMANDA ESPONTÂNEA, DEMANDA PROGRAMADA

NORMAL IMC $\leq 25 \text{ Kg/m}^2$	SOBREPESO IMC entre 25 e 29,9 Kg/m^2	SOBREPESO com comorbidades	OBEESIDADE IMC entre 30 e 40 Kg/m^2 com/sem comorbidades	OBEESIDADE IMC entre 30 e 40 Kg/m^2 com comorbidades sem sucesso em tratamento anterior na AB	OBEESIDADE IMC entre 35 e 40 Kg/m^2 com comorbidades IMC $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$ com ou sem comorbidade e/ou sem sucesso em tratamentos anteriores por um período de tempo determinado na atenção especializada ambulatorial,
Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional
Ações de promoção da alimentação adequada e saúdável e atividade física saúdável e atividade física	Ações de promoção da alimentação adequada e saúdável e atividade física saúdável e atividade física	Orientação sobre alimentação adequada e saúdável e atividade física	Orientações sobre alimentação adequada e saúdável e atividade física	Vigilância alimentar e nutricional	Vigilância alimentar e nutricional
	Plano de ação para voltar ao IMC normal.	Prescrição dietética *	Prescrição dietética, Terapia comportamental*, farmacoterapia	Prescrição dietética Terapia comportamental Farmacoterapia	Vigilância alimentar e nutricional
				Acompanhamento pré e pós cirúrgico nos casos indicados**	Procedimentos cirúrgicos, Prescrição dietética, Terapia comportamental, Farmacoterapia
					Acompanhamento pré e pós cirúrgico
Comorbidades: HAS, DM, Hipertensão e/ou outras DCNT desencadeadas no agravado pela obesidade. *Quando necessário, após avaliação junto o equipe de apoio matricial ** Pela equipe multiprofissional de Atenção Especializada (Endocrinologista, Nutricionista, Enfermeiro, Ed. Física, Psicólogo, Assis. social, Fisioterapeuta)					
				ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL	ATENÇÃO HOSPITALAR

ATENÇÃO BÁSICA, APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, REGULAÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO