

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO**  
**E NUTRIÇÃO**

**DENIZE DIAS LOPES**

**GRUPOS EDUCATIVOS PARA A PREVENÇÃO DA**  
**OBESIDADE EM MULHERES ADULTAS RESIDENTES EM**  
**UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

**(Projeto de Intervenção)**

**Brasília**

**2008**

<b>FIOCRUZ DIRERB</b>	<b>MONOGRAFIA</b>	<b>DENIZE DIAS LOPES</b>	<b>2008</b>	
---------------------------	-------------------	--------------------------	-------------	--

**DENIZE DIAS LOPES**

**GRUPOS EDUCATIVOS PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE EM  
MULHERES ADULTAS RESIDENTES EM UBERLÂNDIA, MINAS  
GERAIS**

**(Projeto de Intervenção)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientador: Michele Lessa de Oliveira, Mestre.

**Brasília**

**2008**

Ficha Catalográfica elaborada por

Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

L864g LOPES, Denize Dias

Grupos educativos para a prevenção da obesidade em mulheres adultas residentes em Uberlândia, Minas Gerais: (projeto de intervenção) / Denize Dias Lopes — Brasília: [s.n], 2008.

38f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Educação em Saúde. 2. Mulheres. 3. Obesidade /prevenção & controle. 4. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 5. Vigilância Nutricional. I. Título.

CDD: 612.39

## **Agradecimentos**

À Ana Beatriz Vasconcelos, Coordenadora-geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde pela iniciativa deste curso de especialização que possibilitou, além de uma melhor qualificação na gestão da Política de Alimentação e Nutrição, uma maior proximidade entre as esferas municipais, estaduais e Federal.

À Denise Oliveira e Silva, coordenadora do Curso de Especialização de Gestão em Política de Alimentação e Nutrição da FIOCRUZ Brasília pelo exemplo de dedicação, força e autoridade, sem perder a dimensão humana em nenhum momento.

À Michele Lessa de Oliveira, minha querida orientadora, pela paciência, compreensão e dedicação a este trabalho de conclusão de curso.

Ao Gladstone Rodrigues da Cunha Filho, Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia por acreditar que daria tudo certo na realização deste curso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

## Resumo

LOPES, Denize Dias, GRUPOS EDUCATIVOS PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE EM MULHERES ADULTAS RESIDENTES EM UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS. (Projeto de Intervenção)

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição) - Diretoria Regional de Brasília – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

A obesidade é uma enfermidade crônica que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo a um nível tal que a saúde do indivíduo fique comprometida e já atinge 400 milhões de pessoas no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Conforme a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, 7% das crianças brasileiras menores de cinco anos apresentaram situações de excesso de peso em relação à altura variando de 6% na região Norte a 9% na região Sul, indicando exposição moderada à obesidade infantil em todas as regiões do país. Em Uberlândia – MG, dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), em 2006/2007, também demonstraram a magnitude deste agravo em crianças menores de sete anos de ambos os sexos. Nesta faixa etária, o índice de sobrepeso, considerando o critério peso para altura, foi de 8,65%. Entre as adolescentes (10 a 19 anos), 17,56% estavam com sobrepeso, mais que o dobro da faixa etária anterior. Nas mulheres adultas (20 a 59 anos) o percentual de sobrepeso e obesidade somado, foi praticamente o triplo: 52,63%. Este trabalho tem por objetivo prevenir o sobrepeso e a obesidade em mulheres adultas (20 a 59 anos) em espaço comunitário (Centro de Bairro) que atende 10 unidades de Programa Saúde da Família (PSF) do Núcleo Morumbi em Uberlândia por meio de grupos educativos tendo a oficina culinária como eixo estruturante a partir do ano de 2009. O Núcleo PSF Morumbi, que abrange sete bairros localizados na região leste do município, possui aproximadamente 40.000 habitantes ou cerca de 6,52% do total. Em relação à metodologia, o primeiro passo para realização deste projeto será capacitar todos profissionais da atenção básica das 10 equipes de PSF deste Núcleo em estratégias para a prevenção da obesidade por meio de um seminário com oficinas sobre este agravo. Após esta capacitação, formar-se-á então o grupo-piloto composto de cerca de 20 a 30 pessoas, preferencialmente que tenham diagnóstico de sobrepeso ou obesidade ou que tenham algum membro da família nesta situação. Cada equipe de PSF indica um agente e um ou dois pacientes, que deverão passar por avaliação clínico-laboratorial e nutricional (marcadores de consumo alimentar e antropometria) e aplica-se um questionário para excluir casos de compulsão alimentar. Nesta fase de teste, oito reuniões serão realizadas, sendo uma por semana. Destaca-se aqui a importância de que a metodologia das reuniões partirá do saber e das experiências já existentes nestas pessoas numa perspectiva de aprendizagem dialógica e não vertical. Prevê-se ainda a articulação com o Projeto Mais Ativo Mais Saúde na perspectiva de incremento da atividade física, onde os pacientes continuarão a ser acompanhados pelas equipes de cada PSF, além do nutricionista e do Educador físico daquele projeto.

Palavras-chave: 1. Educação em Saúde. 2. Mulheres. 3. Obesidade /prevenção & controle. 4. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 5. Vigilância Nutricional.

## **Abstract:**

LOPES, Denize Dias. EDUCATIVE GROUPS TO PREVENT THE OBESITY IN ADULT WOMEN LIVING IN UBERLANDIA, MINAS GERAIS. (Intervention project).

Course Conclusion Work. (Specialization in Management of Food and Nutrition Politics) – Brasilia Regional Directorship – Oswaldo Cruz Foundation, Brasilia, 2008.

The obesity is a chronic illness characterized by the excessive accumulation of adipose cloth in such a level that the health of the person becomes compromised and already reaches 400 million people all over do world, according to the World Health Organization (WHO). According to the National Research of Health from Children and Women, realized in 2006, 7% of the Brazilian children with less than 5 years old presented weight excess situation regarding height varying in 6% in the North region to 9% in the South region, indicating varied exposure to child obesity in all regions of the country. In Uberlandia – MG, the data of the Food and Nutritional Surveillance System (SISVAN) shows that the beneficiaries of the Family Allowance Program (PBF) in 2006/2007 also demonstrate the importance of this problem in children below the age of 7 years old, of both sexes. In this age-group the rate of overweight, considering the standard of weight for height, was 8,65%. Between the girl teenagers (10 to 19 years old), 17,56% were overweight, more than the double of the previous age-group. On the adult women (20 to 59 years old) the percentage of overweight and obesity added up was practically the triple: 52,63 %. This work has the objective to prevents the overweight and the obesity in adult women (20 to 59 years) in communitarian space (district centre) that attend to 10 unity of the Family Health Program (PSF) from the Morumbi centre in Uberlândia across educative programs having the culinary workshop as the main axis from the year 2009. The Morumbi PFS Centre, that includes seven districts located in the eastern region of the city, have approximately 40.000 resident or around 6,52% of the total. Regarding to the methodology, the first step for the realization of this project it will be of enabling all professionals of the basic attention of the 10 teams of PSF from this centre in strategies to prevent the obesity through a seminar with workshops about this problem. After this enabling, the group-pilot is formed with around 20 to 30 people, that mainly have diagnosis of overweight or obesity or that have some member of family in this situation. Each PSF team indicates an agent and on or two patients, that must pass over evaluation clinical and laboratorial and nutritional (markers of food consumption and anthropometry) and applies a questionnaire to exclude cases of food compulsion. During this phase of test, eight meetings will be done, being one per week. The importance stands out here is that the methodology of the meetings must come from the knowledge and from the already existent experiences in these families in a perspective dialogic and not vertical. An articulation is predicted with the More Health More Active Project in the perspective of the increasing of the physical activity, where the patients will keep on being accompanied by each PSF team, besides the dietitian and the physical educator of that project.

Palavras-chave: 1. Heath Education. 2. Women. 3. Obesity / prevention & control. 4. Program e Policy de Nutrition and Food. 5. Nutritional Surveillance.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Estado Nutricional de crianças menores de sete anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família - acompanhamento por peso/altura - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.....11
- Tabela 2: Estado Nutricional de beneficiários do Programa Bolsa Família - acompanhamento de adolescente (10 a 19 anos) - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.....12
- Tabela 3: Estado Nutricional de beneficiários do Programa Bolsa Família - acompanhamento de mulheres adultas (20 a 59 anos) - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.....12
- Tabela 4: Estado Nutricional de crianças menores de sete anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família - acompanhamento por peso/altura – Núcleo PSF Morumbi - Uberlândia, Minas Gerais, 2007. ....13
- Tabela 5: Estado Nutricional de Adolescentes do Sexo Feminino, entre 10 a 19 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, avaliadas pela Secretária Municipal de Saúde de Uberlândia, Núcleo PSF Morumbi no período de agosto a dezembro de 2007, Uberlândia – MG. ....13
- Tabela 6: Estado Nutricional de Mulheres Adultas, entre 20 e 59 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, avaliadas no período de agosto a dezembro de 2007, Núcleo PSF Morumbi - Uberlândia – MG.....14
- Tabela 7: Estado nutricional de adolescentes, 10 a 19 anos, sexo feminino, beneficiárias do Programa Bolsa Família, Núcleo Morumbi, Uberlândia-MG, macrorregiões e Brasil 2006/2007.....14
- Tabela 8: Estado Nutricional de Mulheres, 20 a 59 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, Núcleo Morumbi, Uberlândia-MG, macrorregiões e Brasil 2006.....15



## SUMÁRIO

<b>1. SITUAÇÃO PROBLEMA: ANÁLISE DIAGNÓSTICA.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS DA PROPOSTA .....</b>	<b>17</b>
<b>3- JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA .....</b>	<b>18</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
<b>6. ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>29</b>
<b>7- ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>8. CRONOGRAMA .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>36</b>

## 1. SITUAÇÃO PROBLEMA: ANÁLISE DIAGNÓSTICA

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, apontou situações de excesso de peso em relação à altura em 7% das crianças brasileiras menores de cinco anos, variando de 6% na região Norte a 9% na região Sul, indicando exposição moderada à obesidade infantil em todas as regiões do país. A estratificação, segundo escolaridade das mães, indica tendência de aumento da exposição à obesidade com o aumento dos anos de estudo da mãe (4% de crianças com excesso de peso nos filhos de mulheres sem escolaridade e 9% nos filhos de mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade) (PNDS, 2006).

Em Uberlândia – MG, resultados de duas campanhas municipais de prevenção da obesidade, realizadas em 2005 e 2006, apresentaram dados que chamaram a atenção da Secretaria Municipal de Saúde. Embora fosse uma campanha direcionada, qualquer pessoa que comparecesse às unidades de saúde ou aos locais da campanha, independente de sexo ou faixa etária, poderia ter seu peso e altura aferidos e seu estado nutricional avaliado. Em 2005, das 3.544 pessoas avaliadas pelas unidades de saúde, 66,90% estavam com sobrepeso e obesidade, ou seja, 2.370 pessoas apresentavam Índice de Massa Corpórea (IMC) maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup> (LOPES, 2007a). Em 2006, das 5.215 pessoas que compareceram à 2ª campanha, 1.860 estavam com sobrepeso (35,67%); 1.419 apresentavam algum grau de obesidade (27,21%), perfazendo 62,88% do total (LOPES, 2007b).

Distante 556 km da capital do estado, a cidade de Uberlândia – MG atua como pólo de influência socioeconômica nos municípios que centralizam o desenvolvimento da região conhecida por Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Tem sua localização a oeste de Minas Gerais e possui forte interação com os estados de Goiás e São Paulo (UBERLÂNDIA, 2007 e UFU, 2005). Conforme projeções do IBGE (2007) sua população, predominantemente urbana (97,6%), totalizava cerca 608.239 habitantes e é a 2ª maior cidade do estado, atrás apenas da capital, Belo Horizonte. A taxa de crescimento estimada pelo IBGE para os anos 2005/2006 foi de 2,581, a 3ª dentre os municípios mineiros com mais de 200.000 habitantes (UBERLÂNDIA, 2007) e o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de Uberlândia é 0,83, classificação esta considerada elevado por se situar acima de 0,8 (UFU, 2007).

Em estudo comparativo sobre os indicadores de pobreza, tendo como base dados do IBGE dos anos 1991 e 2000, pôde-se constatar que o percentual de indigentes do município passou de 3,15 para 3,91%, respectivamente, e o número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em maio de 2008 era de 18.014, num total de 40.695 pessoas ou cerca de 6,64% da população. Além disto, aproximadamente, 7.000 famílias, inscritas no Cadastro Único (CADÚNICO) do Ministério do Desenvolvimento Social, aguardavam para serem inseridas neste Programa (UBERLÂNDIA, 2008).

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, criada em 1986, possui, atualmente, na Atenção Básica, 60 unidades de saúde e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que começou a ser implantada em novembro de 2003, atende 26,7% da população com 42 equipes. (UBERLÂNDIA, 2007)

O Núcleo Morumbi, com aproximadamente 40.000 habitantes ou cerca de 6,58% dos 608.239 situa-se na região leste da cidade, abrange sete bairros e possui 10 equipes do Programa Saúde da Família. Das 18.014 famílias beneficiárias do PBF em 2008, 2.304 residem nesta região, perfazendo 12,79% do total (UBERLÂNDIA, 2007).

A avaliação do estado nutricional dos beneficiários do PBF, realizada pelas 60 unidades de saúde da Rede de Atenção do SUS em 2006 e 2007 evidenciou o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade nesta população, conforme o avanço da faixa etária. Entre os menores de sete anos o índice de risco para sobrepeso, considerando o critério peso para altura, foi de 8,65%. Nas adolescentes (sexo feminino, 10 a 19 anos) este percentual mais que dobrou, passando para 17,56% e entre as mulheres adultas (20 a 59 anos) o índice foi de 52,36% entre sobrepeso (29,72%) e obesidade (22,64%), praticamente o triplo, em relação à faixa etária anterior, como pode ser verificado nas tabelas 1, 2 e 3.

**Tabela 1:** Estado Nutricional de crianças menores de sete anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família - acompanhamento por peso/altura - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Baixo Peso por Altura < P3		Risco de Baixo Peso por Altura $\geq$ P3 e < P10		Normal / Eutrófico $\geq$ P10 e < P97		Risco de Sobrepeso $\geq$ 97		Sem Parâmetro		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	190	<b>5,31</b>	190	<b>5,31</b>	2.762	<b>77,15</b>	304	<b>8,49</b>	134	<b>3,74</b>	3.580
1º semestre 2007	217	<b>5,10</b>	262	<b>6,16</b>	3.336	<b>78,46</b>	362	<b>8,52</b>	75	<b>1,76</b>	4.252
2º semestre 2007	170	<b>4,40</b>	226	<b>5,86</b>	3.058	<b>79,23</b>	346	<b>8,96</b>	60	<b>1,55</b>	3.860
<b>TOTAL</b>	<b>577</b>	<b>4,93</b>	<b>678</b>	<b>5,80</b>	<b>9.156</b>	<b>78,31</b>	<b>1.012</b>	<b>8,65</b>	<b>269</b>	<b>2,30</b>	<b>11.692</b>

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/05/2008.

**Tabela 2:** Estado Nutricional de beneficiários do Programa Bolsa Família - acompanhamento de adolescente (10 a 19 anos - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Baixo Peso < P5		Normal $\geq$ P5 e < 85		Risco de Sobrepeso $\geq$ 85		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	140	<b>5,12</b>	2.105	<b>77,02</b>	488	<b>17,86</b>	2.733
1º semestre 2007	219	<b>6,33</b>	2.667	<b>77,10</b>	573	<b>16,57</b>	3.459
2º semestre 2007	178	<b>5,43</b>	2.497	<b>76,19</b>	602	<b>18,38</b>	3.277
<b>TOTAL</b>	<b>537</b>	<b>5,67</b>	<b>7.269</b>	<b>76,77</b>	<b>1.663</b>	<b>17,56</b>	<b>9.469</b>

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/05/2008.

**Tabela 3:** Estado Nutricional de beneficiários do Programa Bolsa Família - acompanhamento de mulheres adultas (20 a 59 anos) - Uberlândia, Minas Gerais, anos 2006 e 2007.

Uberlândia	Baixo peso IMC < 18,5%		Normal IMC $\geq$ 18,5 e < 25		Sobrepeso IMC $\geq$ 25 < 30		Obesidade IMC $\geq$ 30		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2º semestre 2006	186	<b>4,27</b>	1.923	<b>44,14</b>	1.323	<b>30,36</b>	925	<b>21,23</b>	4.357
1º semestre 2007	265	<b>4,46</b>	2.559	<b>43,10</b>	1.747	<b>29,43</b>	1.366	<b>23,01</b>	5.937
2º semestre 2007	236	<b>4,25</b>	2.377	<b>42,85</b>	1.638	<b>29,54</b>	1.296	<b>23,36</b>	5.547
<b>TOTAL</b>	<b>687</b>	<b>4,34</b>	<b>6.859</b>	<b>43,30</b>	<b>4.708</b>	<b>29,72</b>	<b>3.587</b>	<b>22,64</b>	<b>15.841</b>

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/05/2008.

Nas 10 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) do Núcleo Morumbi, onde acontece esta proposta de intervenção, a situação é semelhante à observada no restante do município: em menores de sete anos, 6,57% apresentavam sobrepeso no período estudado, assim como 16,07% das adolescentes e 53,9% das mulheres adultas (tabelas 4, 5 e 6).

**Tabela 4:** Estado Nutricional de crianças menores de sete anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família - acompanhamento por peso/altura – Núcleo PSF Morumbi - Uberlândia, Minas Gerais, 2007.

Unidades de Saúde (PSF)	Baixo Peso por Altura < P3		Risco de Baixo Peso por Altura $\geq$ P3 e < P10		Normal / Eutrófico $\geq$ P10 e < P97		Risco de Sobrepeso $\geq$ 97		Sem Parâmetro		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Aclimação	2	2,53	5	6,33	58	73,42	12	15,19	2	2,53	79
Alvorada	2	1,96	7	6,86	87	85,29	4	3,92	2	1,96	102
Dom Almir	11	4,28	23	8,95	200	77,82	19	7,39	4	1,55	257
Ipanema I/II	2	1,67	4	3,33	107	89,17	7	5,83	0	0	120
Joana D'arc	10	5,13	9	4,61	171	87,69	3	1,54	2	1,02	195
Morumbi I	6	8,57	2	2,86	54	77,14	7	10,0	1	1,43	70
Morumbi II	6	8,22	8	10,96	55	75,34	4	5,48	0	0	73
Morumbi III	8	9,19	3	3,45	65	74,71	9	10,34	2	2,29	87
Morumbi IV	6	8,95	4	5,97	53	79,10	4	5,97	0	0	67
Total	53	5,05	65	61,90	850	80,95	69	6,57	13	1,24	1.050

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/02/2007.

**Tabela 5:** Estado Nutricional de Adolescentes do Sexo Feminino, entre 10 a 19 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, avaliadas pela Secretária Municipal de Saúde de Uberlândia, Núcleo PSF Morumbi no período de agosto a dezembro de 2007, Uberlândia – MG.

Unidades de Saúde (PSF)	Baixo Peso < P5		Normal $\geq$ P5 e < 85		Risco de Sobrepeso $\geq$ 85		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Aclimação	1	1,61	47	75,81	14	22,58	62
Alvorada	8	11,94	41	61,19	18	26,86	67
Dom Almir	8	5,48	118	80,82	20	19,17	146
Ipanema I/II	8	8,00	82	82,00	10	10,00	100
Joana D'arc	4	3,85	81	77,88	19	18,27	104
Morumbi I	2	2,78	59	81,94	11	15,28	72
Morumbi II	3	4,91	49	80,33	9	14,75	61
Morumbi III	4	4,30	79	84,95	10	10,75	93
Morumbi IV	5	6,85	54	73,97	14	19,18	73
Total	43	5,53	610	78,41	125	16,07	778

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/02/2007.

**Tabela 6:** Estado Nutricional de Mulheres Adultas, entre 20 e 59 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, avaliadas no período de agosto a dezembro de 2007, Núcleo PSF Morumbi - Uberlândia – MG.

Unidades de Saúde (PSF)	Baixo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidade IMC $\geq$ 30		Total
	IMC < 18,5		IMC $\geq$ 18,5 e < 25		IMC $\geq$ 25 < 30				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Aclimação	5	4,35	47	40,87	32	27,83	31	26,96	115
Alvorada	57	5,42	58	44,96	34	26,35	30	23,25	129
Dom Almir	17	5,28	145	45,03	86	26,70	74	22,98	322
Ipanema I/II	5	2,7	91	49,18	45	24,32	44	23,78	185
Joana D'arc	5	2,43	87	42,23	68	33,01	46	22,33	206
Morumbi I	2	3,17	28	44,44	20	31,75	13	20,63	63
Morumbi II	5	3,52	55	38,73	45	31,69	37	26,05	142
Morumbi III	4	4,04	38	38,38	32	32,32	25	25,25	99
Morumbi IV	1	12,5	5	62,5	02	25,0	0	0	08
Total	101	7,96	554	43,66	364	30,26	300	23,64	1269

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/02/2007.

Observa-se ainda que, no caso das adolescentes residentes no Núcleo Morumbi, o percentual de sobrepeso (16,07%) ficou acima da média de algumas macrorregiões brasileiras, com exceção da Região Sul, que apresentou 18,55% de sobrepeso resultado este bem acima da média brasileira (14,44%), conforme tabela 7.

**Tabela 7:** Estado nutricional de adolescentes, 10 a 19 anos, sexo feminino, beneficiárias do Programa Bolsa Família, Núcleo Morumbi, Uberlândia-MG, macrorregiões e Brasil 2006/2007.

LOCAL	ESTADO NUTRICIONAL	
	Baixo Peso	Sobrepeso
Núcleo Morumbi	5,53%	16,07%
Uberlândia-MG	4,93%	16,34%
Brasil	6,89%	14,44%
Norte	7,24%	12,25%
Nordeste	8,77%	11,30%
Sudeste	6,09%	15,06%
Sul	5,45%	18,55%
Centro-Oeste	6,75%	15,11%

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/02/2007.

No caso das mulheres entre 20 e 59 anos, o índice de obesidade do Núcleo Morumbi (21,73%) superou o de Uberlândia (20,60%) e do Brasil, ficando atrás apenas das regiões Sul (25,99%) e Sudeste (22,90%).

**Tabela 8:** Estado Nutricional de Mulheres, 20 a 59 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, Núcleo Morumbi, Uberlândia-MG, macrorregiões e Brasil 2006.

	ESTADO NUTRICIONAL		
	Baixo Peso	Sobrepeso	Obesidade
<b>Núcleo Morumbi</b>	7,96%	30,26%	23,64%
<b>Uberlândia-MG</b>	4,13%	30,24%	20,60%
<b>Brasil</b>	4,55%	30,71%	18,67%
<b>Norte</b>	5,17%	29,53%	14,94%
<b>Nordeste</b>	5,37%	30,83%	13,73%
<b>Sudeste</b>	3,88%	30,75%	22,90%
<b>Sul</b>	2,90%	31,53%	25,99%
<b>Centro-Oeste</b>	6,09%	28,76%	16,40%

Fonte: <http://sisvan.datasus.gov.br/tabnet>, acesso em 02/02/2007.

Além destes dados ora apresentados, por si só alarmantes e que dão um sinal evidente de que algo precisa ser feito, a fragmentação e a descontinuidade de ações públicas também contribuem no sentido de ampliar a magnitude deste problema.

Em 1995, com a contratação da primeira nutricionista pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, começaram a funcionar os grupos de obeso, e em 1999 realizou-se 174 reuniões com a presença de 2.155 pacientes, sendo que destas, 64 reuniões com a frequência de 760 pessoas, aconteceram no setor Leste (UBERLÂNDIA, 2000), onde se pretende intervir com este projeto.

A partir do ano 2001, estes grupos foram praticamente extintos, restando atualmente, apenas duas unidades básicas de saúde que realizam estas reuniões periodicamente.

Com o que foi demonstrado até aqui, observa-se um quadro dicotômico: o risco de sobrepeso e obesidade, na população beneficiária do Programa Bolsa Família, tanto no nível municipal quanto no Núcleo Morumbi é elevado e vem associado a um quadro de indigência e pobreza, já que esta é, praticamente, a única região da cidade a apresentar “invasões”, muitas vezes com barracos improvisados em lona ou plástico, dando a alguns destes locais características de favela.

Diante deste quadro que associa a escassez e o excesso, pretende-se iniciar este trabalho de intervenção, em educação nutricional, a ser coordenado pela nutricionista do Núcleo Morumbi, com grupos de mulheres adultas, entre 20 e 59 anos, com diagnóstico de

sobrepeso ou obesidade e que sejam atendidas por uma das 10 unidades de saúde do PSF deste Núcleo.



## **2. OBJETIVOS DA PROPOSTA**

O presente trabalho tem por objetivos:

**Objetivo geral:** prevenir o sobrepeso e a obesidade em mulheres adultas, na faixa etária de 20 a 59 anos, residentes em Uberlândia – MG, em espaço comunitário (Centro de Bairro) por meio de grupos educativos em 10 unidades de PSF do Núcleo Morumbi, a partir do ano de 2009.

### **Objetivos específicos:**

- 1) Capacitar os profissionais da atenção básica na busca de estratégias para a prevenção da obesidade;
- 2) Promover maior conhecimento das mulheres sobre os problemas relacionados à obesidade e como preveni-la;
- 3) Realizar grupos de educação nutricional, tendo as oficinas de arte culinária e técnica dietética como eixo estruturante;
- 4) Integrar com o Projeto Mais Ativo Mais Saúde, na perspectiva de incremento da atividade física.

### **3- JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA**

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 400 milhões de pessoas no mundo estavam obesas em 2007 (Brasil, 2008) e pela primeira vez na história do planeta o número de obesos supera o de desnutridos (SICHEIRI, 2007).

Nas Américas, a epidemia transcende barreiras socioeconômicas, afetando ricos e pobres – gente de todos os grupos de idade (OMS, 2003).

A rápida elevação das taxas de obesidade nos últimos anos ocorreu num período curto demais para permitir atribuí-la a quaisquer mutações genéticas significativas nas populações. Ao contrário, a explicação mais provável da epidemia estaria nas mudanças ocorridas nos estilos de vida e no meio ambiente no último meio século. Por exemplo, novas tecnologias e uma grande produção agrícola mais eficiente possibilitaram chegar a uma meta considerada inatingível por muitos séculos: a disponibilidade de alimentos o ano inteiro, a preços razoáveis, para grandes setores da população. Ademais, ocupações mais sedentárias, o transporte motorizado, um tempo maior passado em frente à televisão e, por toda parte, dispositivos que poupam trabalho estão favorecendo cada vez mais a inatividade física (OMS, 2003).

Neste sentido a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm um papel fundamental, previsto na Política Nacional de Atenção Básica, que é de garantir a integridade da atenção à saúde da população adscrita por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas incluindo-se aqui a obesidade e as demais Doenças Crônicas Não – Transmissíveis (DCNT) já que algumas podem ser debilitantes, outras incapacitantes e algumas letais (BRASIL, 2006a).

Relatórios Internacionais mostram que é possível, viável e necessária uma abordagem dietética comum direcionada à prevenção das DCNT's mais importantes (BRASIL, 2006a).

O Brasil, ao lado da maioria dos países da América Latina, da África e da Ásia, depara com as novas epidemias de obesidade, diabetes, osteoporose, doenças cardíacas e câncer de pulmão, cólon e reto, mama, próstata dentre outros. Esse peso multiplicado das doenças, sujeito a se tornar ainda pior à medida que a população brasileira aumenta e

envelhece, não pode ser abordado apenas com tratamentos médicos e cirúrgicos, apesar de serem de importância vital. Mesmo em países de renda elevada, o custo do tratamento das DCNT's constitui um enorme encargo social e econômico (BRASIL, 2006a).

Os modelos de cuidados de saúde desenvolvidos principalmente pelos (e para os) países de renda mais elevada, referem-se quase que exclusivamente a intervenções profissionais, tais como: triagem em massa, tratamentos médicos e cirúrgicos disponíveis e cuidados paliativos associados à recomendação de mudanças comportamentais e nos modos de vida adotados pelos indivíduos (BRASIL, 2006b).

No Brasil, quer pelas suas dimensões continentais, quer pela ampla diversidade social, econômica e cultural, a abordagem de tal complexidade epidemiológica deve estar fundamentada na promoção da saúde e na constituição de ambientes e contextos promotores de práticas saudáveis que viabilizem e garantam a todo e qualquer cidadão, a possibilidade e as informações necessárias para a adoção de modos de vidas saudáveis (BRASIL, 2006b).

Neste contexto, inserem-se as ações educativas, que devem permear todas as práticas desenvolvidas estando presentes em todas as relações do profissional de saúde com os usuários, tanto na consulta individual como nas atividades em grupo, ações estas necessárias e complementares na busca da qualidade do cuidado em saúde. Fala-se aqui, portanto em diálogo, conversa a dois ou conversa coletiva e o trabalho com grupos tem como objetivo a construção coletiva do conhecimento e pode ser um pólo aglutinador dos profissionais e usuários, principalmente quando é realizado por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2006c).

Após 13 anos de atuação do Programa de Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, sendo que em grande parte deste período trabalhou-se com grupos educativos, em especial aqueles que têm por objetivo a reeducação alimentar e a perda de peso por parte de pacientes obesos, surge a necessidade de rever as práticas adotadas até então, e possivelmente, inovar neste campo e este é o foco deste projeto.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

A promoção da saúde pode ser definida como o processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Os indivíduos, os grupos e a comunidade devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar de forma favorável o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver (BRASIL, 2007).

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, estão entre os objetivos primordiais da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2007).

Entre as diversas ações necessárias para a promoção da saúde da população estão as de promoção de hábitos saudáveis. Dentro do atual contexto epidemiológico da população, de transição nutricional, merecem destaque as ações de promoção da alimentação saudável, da prática regular de atividade física e de prevenção e controle do tabagismo. (BRASIL, 2007).

A Promoção da alimentação saudável é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição ("promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis") e integra as estratégias citadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, compondo o eixo "promoção de hábitos saudáveis, com ênfase à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo". Além disso, é apontada como um componente fundamental na construção da Segurança Alimentar e Nutricional, aqui entendida como *"a realização do direito humano a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais, e sendo sustentável do ponto de vista socioeconômico e agroecológico"* (BRASIL, 2006a).

O princípio básico para a promoção da alimentação saudável é o entendimento da alimentação como um direito humano. Os direitos humanos são aqueles que os seres humanos possuem pelo simples fato de nascer e fazer parte da espécie humana, independentemente de

cor, religião, sexo, local de nascimento, opção política, idade ou qualquer outro atributo, e independentemente também de legislação nacional, estadual ou municipal específica. Estes direitos são universais, inalienáveis e indivisíveis, o que quer dizer que a satisfação de um direito não pode ser usada para justificar a violação de outro e a sociedade, sob responsabilidade do estado, deve cumprir o dever de respeitar, proteger, promover e realizar os direitos humanos (BRASIL, 2006b).

Por outro lado, a alimentação saudável em todas as fases do curso da vida (infância, adolescência, juventude, maturidade e velhice), deve assumir os seguintes princípios: quantidade e qualidade, oferecendo de forma equilibrada todos os nutrientes necessários para cada etapa; deve ser variada, de forma a facilitar a oferta de todos os nutrientes necessários ao organismo; ser segura, dos pontos de vista sanitário e genético; estar disponível e garantida pelo acesso físico e financeiro; ser atrativa do ponto de vista sensorial; e deve respeitar a cultura alimentar do indivíduo ou grupo a que se destina (BRASIL, 2006c).

Além desses princípios, é fundamental que as ações de promoção da alimentação saudável levem em conta a dimensão do prazer do convívio social que os atos de preparar e realizar uma refeição envolve, com todos os seus aspectos simbólicos. Assim, na alimentação está implícito um rico ritual de criatividade, afeto, cuidado, amor, prazer, partilha, solidariedade e comunhão entre seres humanos e a natureza, permeado pelas características culturais de cada agrupamento humano e até de dimensões espirituais (BRASIL, 2006b).

Complementando estes princípios, vale destacar, também, as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a prevenção da obesidade e de outras doenças associadas à alimentação, no atual contexto de aumento de consumo de produtos industrializados e diminuição de consumo de alimentos in natura ou minimamente processados: buscar o balanço energético e o peso saudável; limitar o consumo de gorduras; aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.); limitar o consumo de açúcares livres; limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que sal seja iodado (BRASIL, 2006b).

Cumprir lembrar ainda que para que os indivíduos possam realizar seu direito à escolha, é preciso garantir a disponibilidade de alimentação adequada, o que implica a oferta de refeições saudáveis, saborosas, em ambientes agradáveis - seja em restaurantes (comerciais e institucionais), creches, escolas, hospitais (alimentação de funcionários, usuários e

acompanhantes), locais de trabalho ou em suas proximidades, e em qualquer estabelecimento público que ofereça refeições. Desta forma, as medidas de promoção da alimentação saudável devem se adequar aos diferentes espaços públicos, como as redes de ensino e de saúde, meios de comunicação de massa, indústrias, locais de comercialização de alimentos, organizações sociais e governamentais (BRASIL, 2006C).

A obesidade é uma enfermidade crônica que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo a um nível tal que a saúde do indivíduo fique comprometida. Atualmente é a doença crônica mais comum nos países desenvolvidos e cresce, de forma acelerada, sua prevalência em países em desenvolvimento, como o Brasil e toda a América Latina (ABESO, 1998).

Constitui-se ainda em um grave problema de saúde pública, considerando que 30% da população mundial têm excesso de peso e 1,5 milhões de americanos e mais de meio milhão de brasileiros são obesos severos. Associa-se com as mais graves e mórbidas situações clínicas, incluindo o diabetes, a hipertensão arterial, a doença coronariana, as dislipidemias, a apnéia do sono, a hipoventilação, as osteoartrites, os cálculos biliares, a esofagite de refluxo, a incontinência urinária, a infertilidade, a depressão além de várias formas de câncer (mama, cólon e útero) (ABESO, 1998).

Estudos populacionais nos EUA mostraram que, na obesidade mórbida na idade entre 25 e 34 anos, o risco de morte é 12 vezes maior do que no peso normal. O termo mórbido significa insalubre ou doente. Os pacientes com maior risco de morbidade e mortalidade, que apresentam implicações significativas na sua expectativa de vida, têm sido classificados mais recentemente como obesos severos (termo mais ameno que obesos mórbidos). São pessoas cujo excesso de peso é superior a 45 kg (ABESO, 1998).

A prevalência de obesidade dobrou no Brasil ao longo de 15 anos e hoje ela é maior do que no Canadá, Holanda, Reino Unido e Austrália. A razão entre a prevalência de desnutrição e de obesidade foi dramaticamente afetada entre 1974 e 1989. Em 1974 havia na população infantil, mais de quatro desnutridos para um obeso e, 1989, esta relação caiu para dois desnutridos para um obeso. Na população adulta, houve inversão de valores: 1974 havia 1,5 desnutrido para um obeso, enquanto, 1989, a obesidade excedeu a desnutrição em mais de duas vezes (BOOG, 1996).

Em relação à epidemiologia, ou distribuição deste agravo na população, pode-se dizer que o sobrepeso e a obesidade são os desvios nutricionais que mais aumentam no mundo, assumindo proporções de uma pandemia e atinge entre 10 e 20% da população americana, podendo chegar a 40% entre as mulheres negras daquele país. E o mesmo ocorre entre as populações femininas dos países do leste europeu e do Mediterrâneo (Batista Filho, 1999).

O diagnóstico da obesidade pode ser feito por diversos métodos, porém os antropométricos são os mais indicados para a prática diária, principalmente em saúde pública (BRASIL, 2004).

*“A antropometria é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global. É 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. Ademais, possibilita que os diagnósticos individuais sejam agrupados e analisados de modo a fornecer o diagnóstico de coletivo, permitindo conhecer o perfil nutricional de um determinado grupo. A antropometria, além de ser universalmente aceita, é apontada como sendo o melhor parâmetro para avaliar o estado nutricional de grupos populacionais”* (BRASIL, 2004).

A partir dos valores de peso e altura obtêm-se o Índice de Massa Corpórea (IMC), que é a relação entre o peso em quilogramas, dividido pela altura em metros ao quadrado e, com o auxílio de algumas tabelas, é possível traçar o diagnóstico do estado nutricional de um indivíduo ou de uma comunidade, classificando-se em baixo peso, normal, sobrepeso e os diversos graus de obesidade (BRASIL, 2004).

Mas há que se destacar, além dos aspectos objetivos, que em geral podem ser traduzidos em números seja pelo cálculo do IMC ou pelos percentuais simples do número de obesos ou em estudos de prevalência, os aspectos subjetivos da obesidade.

*“Para as mulheres das classes populares, objeto deste Projeto de Intervenção, o corpo obeso é cúmplice da sua história de vida. Por meio dele o grupo preserva a sua identidade, mantém costumes e crenças culturais e encontra refúgio para os inúmeros dilemas*

*impostos pela vida em meio à pobreza e a escassez. A gordura parece ser vista como um símbolo do seu poder na família, sem conotação negativa; ao contrário, entre elas parece imperar um padrão estético próprio, de apreciação da corpulência, o oposto das classes privilegiadas.” (BRASIL, 2006c).*

Outro ponto importante é o constante insucesso dos tratamentos disponíveis para a redução de peso, sejam as dietas, a intervenção medicamentosa ou mesmo cirúrgica. A perda de peso inicial não se mantém por muito tempo e o indivíduo, após o término do tratamento, volta a adquirir os quilos perdidos, às vezes em quantidade superior (DONATO JÚNIOR, 2004 e PAREJA, 2005).

Daí advém a importância da abordagem multidisciplinar e multiprofissional na prevenção e no tratamento deste agravo, e este projeto destaca as ações educativas que devem permear todas as práticas desenvolvidas, estando presentes na relação do profissional de saúde com os usuários, tanto na consulta individual como nas atividades em grupo. Estas ações são necessárias e complementares na busca da qualidade do cuidado em saúde e o trabalho com grupos tem como objetivo, alcançar a construção coletiva do conhecimento, podendo ser um pólo aglutinador dos profissionais e usuários, principalmente quando é realizado por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2006c).

Mas, em relação à Educação Nutricional, cabe ressaltar que, de acordo com BOOG (1997) “*o educador não deve falar mais ao educando nem sobre o educando, mas com o educando. A palavra poderá assim cumprir sua função mediadora do mundo, de argamassa que une existências individuais na lida solidária que tem o poder de criticar a realidade e transformá-la através de ações coletivas*”.

Salienta-se ainda que ensinar é intervir em vidas humanas e, neste sentido, a Educação Nutricional se propõe a intervir na alimentação, entendendo-a como representação de fatores psicológicos e culturais. A alimentação então, compreende um universo de significados, de forma que, na alimentação, o homem expressa-se psicológica e culturalmente (BOOG, 1997).

Por outro lado, a reeducação alimentar, deve ser gradativa, negociando as substituições alimentares, despertando novos prazeres, sugerindo alimentos, preparações saudáveis, mas também acessíveis, prazerosas e bonitas, considerando os aspectos econômicos, culturais e sensoriais do sabor e da aparência. Para ter uma alimentação saudável



não é preciso excluir "coisas gostosas", mas é preciso saber equilibrar, evitando os exageros e o consumo freqüente de alimentos altamente calóricos (BRASIL, 2006c).

Além disto, a alimentação envolve um conjunto de valores e significados, que são de ordem cultural, psicológica, social e simbólica. A relação entre comida e prazer é muito próxima (BRASIL, 2006c).

Neste contexto, insere-se o resgate da prática culinária, que utiliza o conhecimento sobre a técnica dietética e incorpora, entre as ações, o resgate da culinária compreendida como arte, saúde, criatividade e prazer no cotidiano da população (CASTRO, 2007).

Compreende-se que em torno da comida são transmitidos os valores, são rememoradas as raízes, reforçadas as relações afetivas, podendo ter vários significados como comida da lembrança, do trabalho, da sobrevivência e as estratégias para este trabalho devem ser adaptadas aos recursos existentes, podendo envolver desde a troca e discussão sobre receitas e modos de preparação, degustações de novas preparações, com estímulo à elaboração conjunta, até espaços para a realização de oficinas de culinária, oportunizando o contato com novos alimentos, com antigas e novas receitas (CASTRO, 2007).

Nesta perspectiva, Garcia (1997) comenta que as experiências do paladar vivenciadas têm forte influência na apreciação do alimento. A apresentação, as variedades de formas, de cores, de cheiros, de sabores e de combinações são aspectos que colaboram para aceitação dos alimentos e preparações e não devem ser negligenciados na prática do profissional. O gosto é construído a partir de vários aspectos, da disponibilidade objetiva do alimento, mas também de suas características sensoriais próprias, como o sabor, a textura, a aparência (CASTRO, 2007).

Destaca-se ainda a importância do resgate dos ritos, das celebrações, dos momentos de festa e socialização. Assim, as festas e os lanches dirigidos aos profissionais, aos diversos usuários e à comunidade, podem ser aproveitados como momento de lazer e como espaços educativos; mesa farta, bonita, saudável e adequada às condições de saúde e nutrição (CASTRO, 2007).

A prática culinária possibilita ainda, uma alimentação que respeite os hábitos alimentares, que seja saudável, acessível, bonita e colorida, devendo fazer parte da prática profissional. A manutenção das práticas alimentares tradicionais e a gastronomia típica

aproximam os seres humanos, inserindo-os no contexto de sua territorialidade e identidade cultura (CASTRO, 2007).

O resgate da culinária pode ainda facilitar a adesão às orientações nutricionais, a manutenção de peso saudável e a incorporação no cotidiano dos conceitos de alimentação saudável (BRASIL, 2006).

## 5. METODOLOGIA

O Núcleo PSF Morumbi, que abrange sete bairros localizados na região leste do município, possui aproximadamente 40.000 habitantes ou cerca de 6,52% dos 613.000 habitantes (UBERLÂNDIA, 2008) e suas 10 equipes de PSF atendem esta população desde novembro de 2003.

O primeiro passo para realização do projeto ora apresentado será envolver e capacitar todos os profissionais da atenção básica das 10 equipes do Núcleo Morumbi na busca de estratégias para a prevenção da obesidade. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e a sociedade civil organizada passarão por treinamento em um seminário com oficinas de sensibilização de todas as equipes deste Núcleo para este problema, onde acontecerão as seguintes atividades:

- a) Palestra de explanação sobre a situação-problema, com a apresentação deste projeto e inserção de técnicas de sensibilização dos profissionais sobre o tema;
- b) Oficinas em grupos menores para realização de atividades de análise, sugestões e críticas das propostas apresentadas no projeto.
- c) Apresentação das contribuições de cada grupo que poderá ser incorporada ao projeto.

Após esta capacitação, forma-se então o primeiro grupo ou grupo-piloto composto de cerca de 20 a 30 pessoas, preferencialmente que tenha diagnóstico de sobrepeso ou obesidade ou que tenha algum membro da família nesta situação. Cada equipe de PSF indicará um agente e um ou dois pacientes, que deverão passar pelas seguintes avaliações:

- a) clínico-laboratorial, a ser executada pelo médico da Unidade;
- b) antropométrica, com avaliação do estado nutricional de acordo com o SISVAN (Brasil, 2005) para adultos. Os participantes terão seu peso, altura e circunferência abdominal aferidos pela nutricionista de referência do Núcleo Morumbi;

- c) alimentar, com a aplicação do teste: Como está a sua alimentação? (BRASIL, 2007); e,
- d) aplicação do teste da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (FREITAS, 2001), para excluir casos de compulsão alimentar (Anexo 1).

Serão realizadas, nesta fase de teste, oito reuniões, sendo uma por semana. Destaca-se aqui a importância de que a metodologia das reuniões partirá do saber e das experiências já existentes nestas famílias numa perspectiva de aprendizagem dialógica e não vertical. Além disto, há que se destacar *“a necessidade da sincera inserção do educador numa realidade que não é a realidade do educando, mas uma realidade única, compartilhada por educador e educando, uma realidade conflituosa, repleta de contradições, profundamente desafiadora para qualquer profissional que se proponha a trabalhar neste campo”* (BOOG, 1997).

O primeiro encontro será de apresentação e contratualização da proposta e a última de avaliação das atividades. Nos encontros intermediários, os temas a serem trabalhados terão a perspectiva da promoção da saúde por meio da alimentação saudável, tendo como eixo estruturante a oficina culinária, conforme sugestões indicadas no Anexo 2.

No anexo 3 pode-se visualizar no quadro 2 (Marco Lógico) um resumo dos resultados esperados; as atividades a serem desenvolvidas em 2009; os indicadores para verificar se cada resultado foi alcançado; quais os riscos potenciais e também os fatores positivos.

Finda esta etapa, o grupo se articulará com o Projeto Mais Ativo Mais Saúde (Uberlândia, 2008) na perspectiva de incremento da atividade física, onde continuará a ser acompanhado pelas equipes de cada PSF, além do nutricionista e do educador físico daquele projeto.

Seguir-se-á então, a formação de novos grupos com a incorporação de mais 20 a 30 participantes e assim sucessivamente.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

Como este projeto envolve coleta de dados clínicos, laboratoriais, antropométricos e de hábitos alimentares no início dos trabalhos e no final da intervenção e que, possivelmente, serão publicados, prevê-se que o mesmo passe pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e que se obtenha do paciente o consentimento esclarecido para a coleta e a utilização destes dados, conforme previsto no Código de Ética em Pesquisa. (PALÁCIOS, 2006).

Além disto, como este projeto prevê a utilização de recursos públicos federais (ver item 7 - Análise de Viabilidade de Implementação), prevê-se também a apresentação para o Conselho Municipal de Saúde, para dar transparência e visibilidade ao projeto.

Outro ponto importante é o cuidado na abordagem do problema, qual seja a obesidade, que pode envolver aspectos íntimos ou subjetivos, tanto psicológicos, como sexuais como por exemplo: abuso, violência e estupro (ORBACH, 1978). Faz-se necessário então que, nestes casos, o paciente seja referenciado para o serviço de saúde mental.

## **7- ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO**

Cabe ressaltar aqui, os riscos potenciais de se trabalhar com uma doença multifatorial como a obesidade e os determinantes que podem influenciar de forma negativa este trabalho, tais como o baixo nível socioeconômico e cultural da população envolvida, as frustrações advindas do insucesso na perda de peso e do possível abandono do tratamento por parte da clientela. Neste contexto, volta-se a destacar aqui a importância da metodologia dialógica e não bancária ou vertical, que contemple a imersão na realidade destes pacientes (BOOG, 2007).

Entraves burocráticos, tais como demora em licitações, também podem comprometer a seqüência deste trabalho.

O curto período de acompanhamento dos pacientes por este projeto, previsto para oito semanas, pode não ser suficiente para se observar mudança significativa, seja no peso ou no comportamento alimentar e no estilo de vida.

Mas os ganhos em termos institucionais, com a inclusão de famílias, possivelmente à margem do atendimento de Nutrição, realizado em unidades distantes da residência destas pessoas e pouco inseridas no seu contexto social, econômico e cultural podem ser significativos.

Além disto, a intersetorialidade, a inclusão da Sociedade Civil Organizada, onde serão realizadas as reuniões e as oficinas culinárias poderão potencializar os resultados advindos deste projeto, assim como a possibilidade de contar com o profissional de Educação Física do Projeto Mais Ativo Mais Saudável (Uberlândia, 2008).

Em relação aos custos financeiros, duas fontes de recursos podem ser utilizados na realização deste projeto, ambos de origem federal (Ministério da Saúde) e já disponíveis no caixa do município.

O primeiro refere-se à portaria n° 1357 de 23 de junho de 2006, do Ministério da Saúde que normatizou a utilização do saldo remanescente do Incentivo de Combate às Carências Nutricionárias (ICCN, Portaria n° 709 do MS) e o segundo ao Programa de Alimentação

Saudável (PAS), também do Ministério da Saúde (Portaria nº 3.181 de 12 de dezembro de 2007).

Em relação aos recursos materiais a serem orçados posteriormente, inclui-se uma listagem do que deve ser utilizado neste projeto: utensílios de cozinha tais como panelas, talheres e outros; equipamentos como fogão, geladeira, liquidificador entre outros; gêneros alimentícios para oficina culinária; material gráfico a ser utilizado em atividades educativas; gastos com treinamento dentre outros.

## 8. CRONOGRAMA

AÇÃO	PERÍODO							
	2009							
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Realização do seminário e das oficinas de apresentação deste projeto para capacitar as equipes da EAS e a coordenação do Centro de Bairro.	X							
Apresentação para o Conselho de Ética em Pesquisa		X						
Apresentação para o Conselho Municipal de Saúde			X					
Avaliação clínico-laboratorial, nutricional (alimentar e antropométrica) e psicológica, dos participantes.				X				
Início das atividades com o grupo-piloto composto de 20 pessoas.					X	X		
Incorporação dos participantes no Projeto Mais Ativo Mais Saúde.						X		
Seguimento das atividades com o grupo 2, 3, 4....							X	X

**Quadro 1:** Ações a serem desenvolvidas pelo projeto “*Grupos educativos para a prevenção da obesidade em mulheres adultas residentes em Uberlândia, Minas Gerais*” em 2009.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO – Associação Consenso Latino-Americano em Obesidade - 1998 - <http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf> acesso em 25/05/2008

BATISTA FILHO, M. “Alimentação, Nutrição e Saúde”. In: ROUQUAYROL, M.Z.: *Epidemiologia e Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. Pp. 353-374.

BOOG, M.C.F. *Educação Nutricional em Serviços Públicos de Saúde: busca de espaço para ação efetiva*. São Paulo, 1996. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

BOOG, M.C.F. *Educação Nutricional: Passado, Presente e Futuro*. Rev. Nutrição da PUCCAMP. 1997; 10(1) Jan-Jul 5-19

BRASIL. Ministério da Saúde – CGPAN / DATASUS / Bolsa Família – Disponível em: <http://sisvan.datasus.gov.br> - Acesso em 20/06/2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – CGPAN / PNDS 2006: Pesquisa demonstra queda na desnutrição infantil. - Disponível em: [www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao) - Acesso em 07/07/2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica - Brasília : Ministério da Saúde, 2006ª, 63 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira - Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 210 p.

\_\_\_\_\_. 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, 2006c, 108 p. il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 52 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andhressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120 p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Coordenação Geral da Política Nacional Alimentação e Nutrição. Site [www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao) acesso em 26/06/2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. . Política Nacional de Alimentação e Nutrição. - : Ministério da Saúde, 2008 (2ª ed. rev. Brasília, 2008. 48p.

CASTRO, I.R.R. de et al . *A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação*. **Rev. Nutr.** , Campinas, v. 20, n. 6, 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732007000600001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000600001&lng=en&nrm=iso)&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 June 2008. doi: 10.1590/S1415-52732007000600001

DONATO JÚNIOR, J. et al . *Aspectos atuais da regulação do peso corporal: ação da leptina no desequilíbrio energético*. Revista bras. Cienc. Farm. 40(3):273-287, jul.-set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 04 Ago 2008.

FREITAS, S; LOPES, C.S; COUTINHO, W. e APPOLINÁRIO J.C. *Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica*. Ver. Brás. Psiquiatr. 2001; 23(4)215-20.

GARCIA, R.W.D. *Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar*. Rev Saúde Coletiva. 1997; 7(2):9-29.

LOPES, D.D. *Obesidade em Uberlândia: A 2ª campanha municipal de prevenção*. Apresentado no 9º Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. São Paulo, 24 a 27 de outubro de 2007a.

LOPES, D.D; Lopes, D.D; e Ferreira, S.H. *Obesidade em Uberlândia: A unidade básica de saúde do bairro Guarani*. Apresentado no 12º Congresso Brasileiro Multidisciplinar e Multiprofissional em Diabetes. São Paulo, 27 a 29 julho de 2007b.

LOPES, D.D. *Informativo NIS Séc. Municipal de Saúde de Uberlândia - Nutrição 88-91-1999*

OPAS/OMS – *Dieta, Nutrição e Atividade Física – 132ª Sessão do Comitê Executivo – Washington DC-EUA 23-27 junho 2003*.

ORBACH, S. *Gordura é uma questão feminista – Rio de Janeiro: Editora Record, 1978*.

PALÁCIOS, “Ética em Pesquisa” In Kac Gilberto: (org) *Epidemiologia Nutricional – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007 – Pp 446-450*

PAREJA, J.C. et al . *Gastroplastia redutora com bypass gastrojejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso - experiência em 41 pacientes*. **Arq. Gastroenterol.** , São Paulo, v. 42, n. 4, 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script = sci\\_arttext&pid=S0004-28032005000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script = sci_arttext&pid=S0004-28032005000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Ago 2008. doi: 10.1590/S0004-28032005000400002

SICHERI, R. e SOUZA R.A.G. “*Epidemiologia da Obesidade*” In Kac Gilberto: (org) *Epidemiologia Nutricional – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007 – Pp 347-357*

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto Mais Ativo Mais Saúde*. Uberlândia, 2008. 22p.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano e Meio Ambiente – Banco de Dados Integrados 2007 – Prefeitura de Uberlândia. Disponível em:

[http://www3.uberlandia.mg.gov.br/midia / documentos/procuradoria/BDI\\_2007\\_vol\\_3.doc](http://www3.uberlandia.mg.gov.br/midia / documentos/procuradoria/BDI_2007_vol_3.doc)  
Acesso em 30/04/2008

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Trabalho e Habitação – Prefeitura de Uberlândia. Banco de Dados do Cadastro Único / CADUNICO 2008 – Disponível em: <http://www3.uberlandia.mg.gov.br> Acesso em 21/05/2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Uberlândia  
<http://www.uberlandia.mg.gov.br/> Acesso em 30/04/2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Informativo 2004. Uberlândia, 2005. 41p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Instituto de Economia. Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômico-Sociais. Indicadores de Desenvolvimento Humano para Uberlândia e Municípios Seleccionados (1991-2000). Uberlândia, Julho de 2005. 84p. Disponível em: <http://www.ie.ufu.br/cepes>. Acesso em 05/05/2008.

## ANEXOS

### 10.1- Anexo 1: Escala de Compulsão Alimentar Periódica

# 1

- ( ) 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- ( ) 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ( ) 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- ( ) 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

# 2

- ( ) 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- ( ) 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- ( ) 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- ( ) 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la.

Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

# 3

- ( ) 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- ( ) 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- ( ) 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- ( ) 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

# 4

- ( ) 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- ( ) 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

# 6

- ( ) 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- ( ) 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- ( ) 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

# 7

- ( ) 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- ( ) 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- ( ) 3. Freqüentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- ( ) 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".

# 8

- ( ) 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- ( ) 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- ( ) 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- ( ) 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

# 9

- ( ) 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- ( ) 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- ( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- ( ) 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em

( ) 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

# 5

( ) 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

( ) 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

( ) 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".

#10

( ) 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".

( ) 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

( ) 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

( ) 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

## 10.2- Anexo 2: Atividades Educativas sobre Alimentação Saudável<sup>1</sup>

Os profissionais de saúde devem buscar desenvolver trabalhos educativos que possibilitem o resgate da auto-estima, a visão crítica sobre alimentação, sobre a mídia, a propaganda de alimentos, o incentivo ao movimento, a brincadeira e a inclusão social. A seguir serão descritas algumas atividades que podem ser desenvolvidas com os usuários.

- Propor ao grupo uma discussão sobre comportamento alimentar baseada na música "Comida" do grupo Titãs. A discussão pode ser motivada com perguntas como "você tem fome de quê?"; "você come para quê?"; "você come o quê?".
- Formar grupos para problematizar cenas do cotidiano sobre alimentação na vida moderna (comer com pressa, comer vendo televisão, comer sozinho, substituir refeição por lanche).
- Estimular a influência dos sentidos na alimentação. De olhos vendados, a pessoa deve ser estimulada pelo olfato, gosto e o tato, ao tentar descobrir o alimento. Deve-se utilizar principalmente frutas, legumes e verduras, pouco utilizados na alimentação diária.
- Incentivar os trabalhos manuais. Dispor de material de sucata: caixas, tampas, cola, barbante, grãos, palha, papel, lápis preto, lápis de cor, papel colorido, retalhos de tecido, etc, para o desenvolvimento de atividades criativas como corte e colagem, confecção de desenhos, bonecos, presentes etc.
- Incentivar e organizar passeios culturais a museus, a parques, ao teatro, como forma de inclusão social.
- Incentivar caminhadas e passeios recreativos, buscando o movimento, resgatando o prazer, a alegria e a brincadeira.
- Debater com os usuários sobre a "comida com gosto de infância": o que comiam, quem fazia a comida, como fazia, em que ocasiões fazia... Registrar e discutir com o grupo as mudanças nos hábitos alimentares e na forma de preparação dos alimentos ao longo do tempo.
- Pesquisar, no próprio grupo, os participantes que vieram de outras regiões brasileiras ou que tenham parentes em tal situação. Incentivar o relato de experiências e o conhecimento de outros hábitos alimentares, gêneros e pratos típicos.

- Pesquisar os alimentos da safra, como é possível se alimentar de forma saudável, com menor custo, em cada época do ano.
- Promover festivais ou concursos entre os participantes do grupo. Como exemplo pode ser realizado festival com alguns temas como "sucos de frutas", "saladas" ou "sobremesas à base de frutas". Todos podem degustar as preparações e comentar sobre a experiência.
- Realizar o "Dia da Gostosura". Cada um deve trazer um alimento que nunca comeu. Os alimentos devem ser expostos de modo atraente e os participantes devem ser estimulados a provar alguns deles. Discutir com o grupo sobre a possibilidade de incluir novos alimentos em seus hábitos.
- Organizar com recortes de revistas ou desenhos ou montagens feitas pelos usuários sobre sua própria aparência a partir das perguntas "Como sou?" e " Como gostaria de ser?". Discutir os padrões de beleza criados pela sociedade.
- Simular programas de televisão que abordem questões polêmicas com debates interativos (obesidade e magreza; beleza estética; saúde e nutrição...).
- Armar em mural a pirâmide dos alimentos, utilizando recortes de revistas ou mesmo embalagens de alimentos. Discutir os rótulos dos alimentos, alimentos diet e light.
- Organizar festas com brincadeiras; brincar de amarelinha com os participantes, de dança da cadeira, quadrilhas, cirandas e de outras brincadeiras que o grupo sugerir.
- Com a consigna "Vamos às compras?", disponibilizar gravuras de alimentos saudáveis, e não saudáveis que os participantes poderão escolher e colar num carrinho de supermercado desenhado em cartolina. Debater sobre o que comprar, o tamanho das porções e os motivos das escolhas.
- Organizar oficinas culinárias com degustação e disponibilização de receitas saudáveis de acordo com a disponibilidade e recursos locais. Pode-se estimular também a troca de receitas saudáveis entre os membros do grupo.

1- Sugestões retiradas de Cadernos de Atenção Básica nº 12 – Obesidade – Ministério da Saúde, 2006.

## 10.3- Anexo 3: Marco lógico

<b>PROJETO DE INTERVENÇÃO: OBESIDADE EM UBERLÂNDIA – MG: A PREVENÇÃO POR MEIO DE GRUPOS EDUCATIVOS</b>					
<b>Objetivo geral:</b> promover a saúde com enfoque na alimentação saudável para mulheres adultas (20 a 59 anos) em espaço comunitário (Centro de Bairro) que atende 10 unidades de PSF do Núcleo Morumbi em Uberlândia – MG por meio de grupos educativos a partir do ano de 2009.					
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Resultados para cada objetivo específico</b>	<b>Atividades em 2009</b>	<b>Indicadores para verificar se cada resultado foi alcançado</b>	<b>Riscos Potenciais</b>	<b>Fatores positivos (Forças)</b>
Capacitar os profissionais da atenção básica na busca de estratégias para a prevenção da obesidade	Profissionais capacitados e envolvidos	Seminário e Oficinas	Teste aplicação para verificação	<i>Turn over</i> (troca de profissionais) elevado	Verba do PAS e ICCN (Portarias nº 1.357 e nº 3.181 do Ministério da Saúde)
Promover maior conhecimento das mulheres sobre os problemas relacionados à obesidade e como preveni-la	Mudança e/ou melhoria de hábitos alimentares e estilo de vida (Atividade.Física)	Grupos educativos	-Relatos de melhoras/mudanças -Redução de peso, Pressão Arterial e glicemia	Só informar não muda comportamento. É preciso avançar com uma abordagem dialógica	Interesse dos participantes, tanto profissionais como pacientes
Realizar grupos de educação nutricional tendo as oficinas de arte culinária e técnica dietética como eixo estruturante.	Incorporação de novas receitas no cardápio diário	Oficina Culinária Troca de receitas Criação de cardápio	-Relatos de avaliação -Observação de relatos	Licitações para compra muito demoradas Extravio de recursos materiais (Gêneros, utensílios, equipamentos)	Local equipado já existente  Verba disponível para realizar oficinas
Integrar com o Projeto Mais Ativo Mais Saúde na perspectiva de incremento da atividade física.	Presença / frequência nos grupos de Atividade Física do projeto + ativo mais saudável	Atividade física aumentada no dia-a-dia	Melhorar capacidade cardiorespiratória  Maior Resistência	Horário muito cedo não compatível, com hábito da comunidade a ser trabalhada, que tem o hábito de acordar tarde.	Verba disponível para projeto  Contratação de Educador Físico