

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Patrícia Lafetá Costa

SUPORTE NUTRICIONAL E ORIENTAÇÃO FÍSICA A DISLIPIDÊMICOS EM
EQUIPE DE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONTAGEM - MG

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

Patrícia Lafetá Costa

**SUORTE NUTRICIONAL E ORIENTAÇÃO FÍSICA A DISLIPIDÊMICOS EM
EQUIPE DE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONTAGEM - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador(a): professor(a) Isabela Silva Cancio Velloso.

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2016

Patrícia Lafetá Costa

**SUORTE NUTRICIONAL E ORIENTAÇÃO FÍSICA A DISLIPIDÊMICOS EM
EQUIPE DE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONTAGEM - MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Nome- Instituição

Examinador 2: Prof. Nome- Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em (DIA) de (MÊS) de (ANO)

DEDICATÓRIA

Dedico o trabalho aos moradores/usuários do bairro Novo Progresso pertencentes à ESF 39 e todos os integrantes desse grupo de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial à ESF 39 e ao vereador conhecido pela alcunha de Ivair Soalheiro.

RESUMO

O município de Contagem encontra-se na região da grande Belo Horizonte com a qual forma uma conurbação. Grande parte da população depende do Sistema único de saúde. A população atendida pelo PSF (Programa de Saúde da Família) Novo Progresso II, onde se pretende realizar o projeto de intervenção, possui poder aquisitivo restrito e a infraestrutura local para a prática de esportes e lazer também são escassas. O problema escolhido para intervir foi o elo da cadeia dislipidemia/obesidade/sedentarismo, no qual aceita-se a ideia de que grande parte dos dislipidêmicos atendidos são influenciados pelo sedentarismo e por hábitos alimentares ruins. Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor um plano de ação para o enfrentamento do problema de dislipidemia dos usuários residentes na área de abrangência Unidade de Saúde da Família 39 (ESF 39), no Município de Contagem/MG. Como estratégia para intervir neste problema pretende-se realizar campanha de orientação e conscientização da população para adoção de hábitos alimentares bons, com diminuição da ingestão de lipídios e carboidratos em excesso, e fornecer a prática regular de exercícios. A orientação nutricional será realizada nas dependências do PSF Novo Progresso II e contará com o recurso humano dos profissionais que lá trabalham, além de nutricionista vinculada ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Como forma de mensurar o impacto da intervenção, durante 01 (um) dia do mês de março e 01 dia do mês de maio realizaremos pesagem de todos os pacientes integrantes, e a mensuração de seus dados antropométricos será realizado pela nutricionista. Espera-se com esse projeto de intervenção a conscientização da população atendida quanto à importância de se cultivar bons hábitos alimentares e de prática de exercícios regulares, além da melhora de seus parâmetros laboratoriais (perfil lipídico) e Índice de Massa Corporal (IMC).

Palavras-chave: Dislipidemia. Sedentarismo. Obesidade.

ABSTRACT

The Contagem municipal district is located on the Belo Horizonte's greater region, forming a conurbation. A large portion of its population depends on the government's Unified Health System, better known as SUS (Sistema Único de Saúde). The population assisted by the Novo Progresso II unity of the Family Health Program, better known as PSF (Programa de Saúde da Família), where the intervention project is intended to be carried out, has limited purchasing power and the local infrastructure for the sports practice and leisure is also slim. The issue selected to intervene was the link of the chain dyslipidemia/obesity/sedentary lifestyle, in which the idea that most of the assisted dyslipidemic are affected by a sedentary lifestyle and bad eating habits is accepted. This study is characterized as an intervention project that aims to propose a plan of action for the dyslipidemia of tackling the problem of users residing in the area covered by the ESF 39, in the city of Contagem / MG. As an intervening strategy for this issue, we intend to carry out a guidance and awareness campaign for the people to adopt better eating habits, with reduced intake of lipids and excessive carbohydrates, and also provide regular exercise. The nutritional guidance will be held on the PSF Novo Progresso II premises and will feature the human resource of professionals who work there, alongside the nutritionist linked to the Support Nucleus Family's Healthy, better known as Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). In order to measure the impact of the intervention, for 01 (one) day of the month of March and 01 day of the month of May, we will conduct the weighing of all the patients involved, and the measure of their anthropometric data will be held by the nutritionist. It's hoped that this intervention project promotes the awareness of the assisted population about the importance of growing good eating habits and the regular practice of exercise, as well as the improvement of their laboratorial parameters (lipidic profile) and Body Mass Index (BMI).

Keywords: Dyslipidemia. Sedentary. Lifestyle. Obesity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde;

AVE: Acidente Vascular Encefálico;

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas;

CT: Colesterol Total;

DATASUS: departamento de informática do Sistema Único de Saúde;

DM: Diabetes Méritos;

ESF: Equipe de Saúde da Família;

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica;

HDL: high density lipoprotein;

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

IDEB: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica;

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano;

LDL: Low Density Lipoprotein;

NASF: Núcleo de Apoio em Saúde da Família;

PROVAB: Programa de Valorização da Atenção Básica;

PSF: Programa de Saúde da Família;

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica;

SUS: Sistema Único de Saúde;

TG: Triglicérides;

USF: Unidade de Saúde da Família;

VLDL: very low density lipoprotein.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	9
2- JUSTIFICATIVA.....	12
3- OBJETIVO.	14
4- METODOLOGIA	15
5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	19
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A Cidade de Contagem localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte e são cidades limítrofes do município de Contagem: Belo Horizonte, Betim, Ibirité, Esmeraldas e Ribeirão das Neves.

A emancipação de Contagem foi sancionada pela lei 566, de 30 de agosto de 1911. Faziam parte do novo município, chamado Vila de Contagem, os distritos de Várzea de Pântano (Ibirité), Campanha, Neves e Vera Cruz. A instalação formal do município, entretanto, só ocorreu em 1 de junho de 1912, data marcada por uma grande festa popular.

A população do município é de 637.961 habitantes segundo a estimativa do IBGE, para o ano de 2013, e ocupam uma área de 195,268 km², com uma densidade demográfica de 3.090,33 hab/km² e taxa de crescimento anual da população de 1,15% no período 2000-2010 (BRASIL, 2011).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal de Contagem para o ano 2000 foi de 0,79. É importante ressaltar que o IDH Municipal varia de 0 a 1 e são analisados os indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. Desse modo, quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município e quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Com relação à educação o município O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4^a e 8^a séries, podendo variar de 0 a 10. Este município está na 1.267^a posição, entre os 5.564 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.^a série, e na 2.115^a posição, no caso dos alunos da 8.^a série.

Com relação ao sistema de saúde verifica-se que cerca de 56% da população do município é dependente do SUS. O município conta com 90 Equipes de Saúde da Família, cuja cobertura é de 50,59%. 8 NASF. 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Número de profissionais cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde: 4.978 total. 3.903 efetivos; 49 efetivos comissionados; 146 comissionados; 219 contratados; 619 provisórios e 42 estagiários.

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) 39, onde atuo, tem relevo acidentado com a maioria das ruas pavimentadas. A ESF não possui uma sede própria, funcionando de segunda a sexta de 8:00 as 17:00 h. A unidade conta, também, com uma sala de vacinas.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Novo Progresso II, onde desenvolvo minhas atividades, é razoavelmente boa. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana e possui famílias em situação precária de moradia.

A Equipe de Saúde 39 é constituída por 1 profissional médicos (sendo a médica do Programa de Valorização da Atenção Básica -PROVAB) 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem (ch 40 semanais), 5 agentes comunitários de saúde (ch 40 semanais), 0 recepcionistas. Na sala de vacinas, há 03 técnicos e auxiliares de enfermagem com ch de 20h, sendo 02 profissionais pela manhã e 01 à tarde.

A USF está situada no bairro Novo Progresso II, na rua Alvimar Carneiro, número 1643. A unidade funciona numa casa alugada, com sala de vacina, em que , aos fundos, funciona Centro de Zoonoses. Há uma recepção, uma sala da técnica em enfermagem, uma sala da enfermeira, uma sala de médico, uma sala de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um banheiro. Além da estrutura física estar longe do que se considera adequado, a Unidade também não está equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe, periodicamente faltam materiais de curativo, medicamentos para atendimento de urgência, papel de receituário, faltam, inclusive, cadeiras suficientes na sala de ACS.

Percebe-se que existem alguns pontos que precisam ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Ao realizar a priorização dos problemas, a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência, capacidade de enfrentamento. Diante do questionamento, usando a técnica “tempestade de ideias”, foi citado com frequência maior os seguintes problemas: Estrutura do Local de Trabalho da Equipe; Sistema de referência e Contra-referência; Adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mélicos (DM); Dislipidemias.

Desse modo, O problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a dislipidemia/ obesidade/ sedentarismo. A questão que foi considerada mais relevante para apontar o grau do problema foram as características pessoais e sociais desses usuários.

A população atendida possui um poder aquisitivo bastante restrito, sendo que a área de abrangência conta com escassas áreas de convivência comum, ou seja são poucas praças de esportes e avenidas para prática de corridas e caminhadas. Além de a característica acidentada do relevo local não contribuir para tais práticas saudáveis de vida.

Sabidamente, no contexto atual, a figura da mulher tem sido engajada no cenário do mercado de trabalho, com isso, delega-se a terceiros o cuidado com a prole e sua alimentação. Aliado a isso e à falta de prática de atividade física regular, o sobrepeso, a obesidade e as carências nutricionais vitamínicas, ganharam substancial relevância nos consultórios médicos, tendo em vista a frequência dessas queixas e constatação de fatos.

Como consequências do sedentarismo e maus hábitos alimentares, foram destacadas pela Equipe a dificuldade de controle de peso, dos níveis pressóricos (para os portadores de HAS) e níveis glicêmicos (portadores de DM), a o que aumenta o risco cardiovascular, intolerância à glicose. Como resultado, a longo prazo, Tem-se Acidente Vascular Encefálico (AVE), doenças cardiovasculares e metabólicas. Observa-se, ainda, que o sedentarismo e maus hábitos alimentares resultam num aumento de internações, invalidez e óbitos e num aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário (DÂMASO, 2001)

Com o objetivo de identificar os nós críticos do problema, a Equipe de Saúde destacou o processo de trabalho da equipe; a falta de um olhar crítico sobre o problema, orientações insuficientes; a dificuldade de entendimento das orientações por parte dos pacientes e/ou cuidadores, a presença de comorbidades que dificultem/impeçam a prática de atividade física; a baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador, falta de adesão ao tratamento medicamentoso ou insucesso desse tratamento.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de dislipidemia nas consultas, pelo grande número de pessoas com perfil lipídico ruim e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências a longo prazo. Fizemos, julho/2014, uma breve estatística de quantos atendimentos agendados tínhamos como um “achado ao exame”, sem sintomatologia, o perfil lipídico ruim (seja Colesterol Total -CT ; triglicérides -TG; Low Density Lipoprotein -LDL elevados) chegamos a uma cifra de 37%, sendo que associado a sobrepeso/ obesidade a cifra subia vertiginosamente para além de 50% das consultas de cuidado continuado (englobando HAS/ DM/ Transtornos Mentais e etc).

- **CT - Colesterol Total:** o CT ótimo para um adulto de meia idade deve ser igual ou menor a 200 mg/dL, níveis entre 200 e 240 mg/dL como limiar alto e níveis maiores que 240 mg/dL como de alto risco.
- **LDL - Lipoproteína de Baixa Densidade:** igual ou menor que 130 mg/dL – o LDL acima da taxa normal entre 130 a 160 o paciente apresenta riscos de doença arterial coronariana, quando a LDL se encontra maior que 160 o risco de doenças cardiocirculatória é alto.
- **HDL - Lipoproteína de Alta Densidade:** o HDL deve ser maior que 35 mg/dL – estudos demonstram que LDL em alta quantidade com HDL em baixa quantidade o risco de doenças cardiocirculatórias é aumentado.
- **VLDL - Lipoproteína de Muito Baixa Densidade:** igual ao menor que 30mg/dL. Um aumento da secreção de VLDL do fígado pode ser causada por obesidade, excesso de álcool, síndrome nefrótica, diabetes mellitus ou um distúrbio genético. A VLDL é a principal fonte de LDL plasmática, um aumento considerável na produção de VLDL, em consequência aumentará a conversão de VLDL a LDL ocasionando a hipercolesterolemia.
- **TG – Triglicerídeos:** São compostos formadas por uma molécula de glicerol que se ligam três moléculas de ácidos gordos. São os constituintes fundamentais do tecido adiposo, popularmente conhecido como gordura. Os valores podem variar entre 30mg/dL até 200 mg/dL.

A relevância deste estudo tem como justificativa o fato de o tratamento da dislipidemia poder reduzir a incidência de eventos coronários fatais, entre outras manifestações de morbimortalidade cardiovascular, o tratamento de dislipidemias é uma maneira de prevenir doenças cardiovasculares.

A terapia nutricional se faz necessária para evitar o consumo excessivo de gordura e o conseqüente acúmulo de lipídios nas paredes vasculares. O sedentarismo também é um fator predisponente da dislipidemia, a prática regular de exercícios físicos previne a formação de placas de gordura, melhora a condição cardiovascular, diminui a obesidade e o estresse e influencia positivamente a pressão arterial. Outra medida importante é o combate ao tabagismo (DÂMASO, 2001).

Nesse sentido, merece uma abordagem diferenciada, devido a alta prevalência entre as consultas realizadas em âmbito ambulatorial, por sua conseqüência representar um grande ônus social e institucional, a longo prazo. Além disso, torna o usuário agente participativo da construção de um modo de vida saudável, sendo capaz de se tornar agente multiplicador desse conhecimento.

Destaca-se que Equipe de Saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que no município de Contagem existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto a população dislipidêmica, portanto a proposta é viável.

Por essas considerações, justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas ou implementadas, a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família quanto ao suporte nutricional já existente e a orientação da prática de atividade física regular, aumento o interesse dessa população pela manutenção de um adequado perfil lipídico, atuando, assim, na prevenção de eventos cardiovasculares.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de orientação sobre aspectos nutricionais e atividade física direcionado a portadores de dislipidemias da Unidade de Saúde da Família 39, no município de Contagem, Estado de Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor um plano de ação para o enfrentamento do problema de dislipidemia dos usuários residentes na área de abrangência Unidade de Saúde da Família 39, no Município de Contagem/MG.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, site eletrônico do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dentre outros. Foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: dislipidemias, prevenção, estratégia saúde da família, atividade física, planejamento em saúde. O período de busca foi de publicações entre 2000 e 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Para a elaboração do Plano de Intervenção, foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que serão apresentados posteriormente.

Sendo assim, os dados do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação, o qual foi elaborado considerando-se os seguintes momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos (CECIL, 2009). As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicerídeos (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). A dislipidemia tem sido um grave problema de saúde pública, além de ser a causa mais importante de despesas com assistência médica pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro, em conjunto com as doenças cardiovasculares (CHOR, 2000). O sedentarismo e maus hábitos alimentares resultam num aumento de internações, invalidez e óbitos e num aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário (DÂMASO, 2001).

Este fato se torna ainda mais preocupante, uma vez que se tem conhecimento de que a dislipidemia juntamente com a obesidade vem crescendo na última década. Isto tem ocorrido pelo consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e pobres em fibras, e pela falta da realização de exercícios físicos regulares (RUNGE, 2006). A terapia nutricional se faz necessária para evitar o consumo excessivo de gordura e o conseqüente acúmulo de lipídios nas paredes vasculares.

O sedentarismo também é um fator predisponente da dislipidemia, a prática regular de exercícios físicos previne a formação de placas de gordura, melhora a condição cardiovascular, diminui a obesidade e o estresse e influencia positivamente a pressão arterial. Outra medida importante é o combate ao tabagismo (DÂMASO, 2001).

O tratamento da obesidade, quando presente, pode ter impacto favorável sobre os níveis plasmáticos de lipídios e deve ser ativamente incentivados. Os níveis plasmáticos de triglicerídeos e de LDL-C tendem a cair, enquanto os níveis de HDL-C tendem a aumentar nos indivíduos obesos após redução de peso. O exercício físico aeróbico regular também pode ter um efeito positivo sobre os lipídios, devido, em grande parte, à redução associada do peso corporal. O exercício aeróbico possui um efeito muito modesto na elevação dos níveis plasmáticos de HDL-C na maioria

dos indivíduos, mas também apresenta benefícios cardiovasculares que se estendem além dos efeitos sobre os níveis plasmáticos e lipídios (CECIL, 2009).

De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2013). Segundo a diretriz citada anteriormente, hipercolesterolemia isolada se trata de alteração significativa apenas do que se denomina genericamente de colesterol, conforme já mencionado, os níveis de colesterol total são formados pela somatória de suas frações. Hipertrigliceridemia isolada trata-se de uma elevação significativa apenas dos triglicerídeos. A hiperlipidemia mista é resultante de uma combinação da elevação significativa de elementos fracionados que constituem, em seu somatório, o que se denomina genericamente de colesterol total. HDL-C baixo é considerado por definição uma diminuição significativa dessa fração de colesterol específica, a qual recebe uma nomenclatura própria dado a peculiaridade da repercussão clínica da elevação de seus índices de referência.

A maioria dos pacientes com dislipidemias não apresentam sinais ou sintomas diretamente relacionados às alterações nos níveis dos lipídeos. Deste modo, seu diagnóstico quase que exclusivamente se dá por meio da determinação do perfil lipídico. A avaliação do perfil lipídico é realizada através das determinações bioquímicas do CT, TG, HDL-C e LDL-C (CECIL, 2009).

Há implicações da noção de que não somos totalmente independentes de nosso grupo social nas escolhas de nossos hábitos de vida na construção de um senso comum, já que o meio passa a ser enfatizado. Nisso, entende-se a influência que o grupo social exerce sobre o comportamento individual (CHOR, 2000). Dessa forma, a dislipidemia passa a ser entendida não só como uma desordem orgânica, como também um distúrbio que é reflexo do perfil alimentar da sociedade moderna (CASTRO, 1985), bem como a diminuição da atividade física, induzida por um estilo de vida que enaltece o sedentarismo. Há, portanto uma trajetória que define o enlace cíclico de dislipidemia/obesidade/sedentarismo.

A modificação da dieta constitui um importante componente no manejo da dislipidemia. O médico deve avaliar o conteúdo da dieta do paciente e oferecer sugestões par modificações. No paciente que apresenta níveis elevados de LDL-C, é necessário restringir a gordura saturada e o colesterol da dieta. Para indivíduos que apresentam hipertrigliceridemia, deve-se restringir a ingestão de carboidratos simples. Para a hipertrigliceridemia grave (>1.000 mg/dl), a restrição de ingestão total de gordura é fundamental. A dieta mais amplamente utilizada para reduzir os níveis de LDL-C é a "dieta de Etapa 1", desenvolvida pela American Heart Association. A maioria dos paciente exibe uma redução relativamente modesta ($<10\%$) dos níveis plasmáticos de LDL-C com uma dieta de Etapa 1, na ausência de qualquer perda de peso associada. Quase todos os indivíduos apresentam uma redução dos níveis plasmáticos doe HDL-C com restrição na quantidade de gordura total e gordura saturada da dieta (CECIL, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O momento explicativo

Pelo método de estimativa rápida, em uma reunião de equipe, foram selecionados problemas da comunidade. Diante do questionamento, usando a técnica “tempestade de ideias”, foi citado com frequência maior os seguintes problemas: Estrutura do Local de Trabalho da Equipe; Sistema de referência e Contra-referência; Adesão ao tratamento de HAS e DM; Dislipidemias.

No mês subsequente, julho, fizemos uma breve estatística de quantos atendimentos agendados tínhamos como um achado ao exame, sem sintomatologia, o perfil lipídico ruim (seja CT , triglicérides, LDL elevados) chegamos a uma cifra de 37%, sendo que associado a sobrepeso/ obesidade a cifra subia vertiginosamente para além de 50% das consultas de cuidado continuado (englobando HAS/ DM/ Transtornos Mentais e etc).

É amplamente conhecido e aceito que o tratamento de qualquer dislipidemia se baseia num tripé, simultâneo: Mudança de hábitos de vida (atividades físicas regulares, por exemplo); dieta e o uso de medicação quando indicado. Como consequências do sedentarismo e maus hábitos alimentares foram destacadas pela Equipe a dificuldade de controle de peso, dos níveis pressóricos (para os portadores de HAS) e níveis glicêmicos (portadores de DM), o que aumenta o risco cardiovascular, intolerância à glicose. Como resultado, a longo prazo, Tem-se AVE, doenças cardiovasculares e metabólicas. Observa-se, ainda, que o sedentarismo e maus hábitos alimentares resultam num aumento de internações, invalidez e óbitos e num aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

O momento normativo

A população atendida possui um poder aquisitivo bastante restrito, sendo que a área de abrangência conta com escassas áreas de convivência comum, ou seja, são poucas praças de esportes e avenidas para prática de corridas e caminhadas. Além

de a característica acidentada do relevo local não contribuir para tais práticas saudáveis de vida.

Diante do exposto, considero a dislipidemia (com ou sem obesidade associada) um ponto de enfrentamento, pois a intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modifica-los positivamente, sendo que a atuar preventivamente no enfrentamento da dislipidemia se constitui um centro pratico de ação, em que há possibilidade de intervenção direta sobre a população adscrita. Sendo politicamente oportuna uma intervenção, ainda que em âmbito de saúde pública, seja na diminuição de custos com hospitalização, e gastos em geral com doenças advindas da manutenção incorreta de um perfil lipídico desfavorável, principalmente as doenças do aparelho circulatório.

O nó crítico que aqui evidenciamos foram os “hábitos e estilo de vida inadequados”, pretendemos com o Projeto modificar o estilo de vida e esperamos como resultados diminuir o número de sedentários/dislipidêmicos e combater os maus hábitos alimentares. Pretendemos, inicialmente, oferecer orientação física e nutricional em grupos na própria ESF 39, sendo isso o que se denomina “Produto” da operação a ser realizada.

Para tanto, demandamos recursos:

- Organizacional para caminhadas;
- Cognitivo para elaborar estratégias;
- Político para mobilização intersetorial com a rede;
- Financeiro para contratação ou realocação de Educador Físico e verba para folhetos educativos.

No Quadro 1, são apresentadas as operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema "hábitos e estilo de vida inadequados", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 39, em Contagem, Minas Gerais.

Quadro 1: Operações sobre o nó crítico 1

Nó crítico 1	HÁBITOS DE VIDA INADEQUADOS
Operação	Modificar estilo de vida
Resultados esperados	Diminuir o número de sedentários/dislipidêmicos – combater maus hábitos alimentares
Produtos esperados	Caminhada orientada e orientação nutricional em grupo no posto de saúde
Atores sociais/ responsabilidades	Esf 39 / Médico e enfermeiro
Recursos necessários	<p>Estrutural: ESTRUTURA FÍSICA ESF 39 (Organizacional para caminhadas)</p> <p>Cognitivo: para elaborar estratégias</p> <p>Financeiro: para recursos de contratação ou realocação de Educador Físico, verba para folhetos educativos</p> <p>Político: para mobilização intersetorial com a rede</p>
Recursos críticos	<p>Político > Conseguir contratação/ realocação de Educador Físico/Fisioterapeuta da Rede</p> <p>Financeiro > Recursos para aquisição de folhetos educativos. (Em caso de não conseguir o recurso político descrito acima, financiamento privado de profissional capacitado.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de Saúde</p> <p>Motivação: Indiferente</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para lideranças e associações locais.
Responsáveis:	Médica
Cronograma / Prazo	Fevereiro/ 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	ESF 39 - Médico/enfermeira

Fonte: elaborado pela autora

É importante ressaltar que a caminhada orientada foi uma proposta prematuramente abortada no presente momento devido à não contratação, nem realocação de

profissional Educador Físico, tendo em vista a motivação indiferente do Ator que controla, não se discorre muito a cerca do modo como deve ser realizado o que se propõe. Porém é amplamente conhecido e aceito que qualquer prática de atividade física gera benefícios à aquisição de um perfil lipídico adequado.

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatiza que a prática de atividade física aeróbica (no caso a caminhada) deve ter uma duração de cerca de 30 minutos, com frequência de três vezes por semana, numa intensidade moderada a intensa para que se tenha ganho real de tal benefício atribuído à prática de atividade física. Diante disso, considera-se relevante que essa atividade seja mantida no plano de ação e reavaliada a possibilidade de sua efetivação em outro momento.

A avaliação nutricional é uma atividade sob responsabilidade do NASF, que possui agenda e meios próprios independentes de uma atividade exclusiva da ESF em questão. A proposta inicial era de que tal intervenção se realizasse na própria estrutura física da ESF, dado a fatores de adesão do público-alvo, tendo em vista, por exemplo, a comodidade de deslocamento. Assim, considera-se ter sido relevante que essa orientação tenha sido realizada. Algumas pessoas, que se disponibilizaram, foram incluídas em grupos operativos, cuja periodicidade é quinzenal, já existentes em ESF atendida pelo mesmo NASF, como o caso da ESF 32 e ESF 38, outras não possuíam perfil de aderência a grupo operativo e foram atendidas por meio de consultas na própria ESF em questão. Fato é que a estrutura física da referida ESF é aquém das necessidades logísticas de manutenção de reuniões, sem que se prejudique o funcionamento dos demais atendimentos realizados à população adscrita.

Para as orientações em grupo, na unidade de saúde, inicialmente, foi feito o recrutamento dos partícipes com base na verificação laboratorial de perfil lipídico inadequado. No entanto, há fatores que influenciam na adesão, como disponibilidade de tempo. Sendo que a disponibilidade do profissional foi o fator mais relevante no referido recrutamento.

O momento estratégico

Político > Conseguir contratação/ realocação de Educador Físico/Fisioterapeuta da Rede > Ator que controla: Secretaria de Saúde

- Motivação: Indiferente

Financeiro > Recursos para aquisição de folhetos educativos. > Ator que controla: Secretaria de Comunicação Social/ Secretaria de Saúde

- Motivação: Favorável

(Em caso de não conseguir o recurso político descrito acima, financiamento privado de profissional capacitado. > Ação Estratégica: Apresentar o projeto para lideranças e associações locais.

- **Observação:** Após apresentar o Projeto às lideranças locais, um vereador disponibilizou seu projeto social custeando Hidroginástica aos idosos e pessoas que por motivos médicos devem ser submetidas a atividades de baixo impacto.

O momento tático-operacional

Foi realizada uma operação de combate ao sedentarismo e maus hábitos alimentares com a população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 39, com avaliações após 01, 06 e 12 meses após o início do projeto. Tal ação foi coordenada pela médica da equipe.

Quadro 2: Operação de Combate ao Sedentarismo e maus hábitos alimentares

Produtos	Programa de Caminhada Orientada	Hidroginástica	Programa de acompanhamento e orientação nutricional
Responsável	Educador Físico	Vereador	Nutricionista da Rede
Prazo	06 meses	Imediato	Imediato
Situação Atual	Projeto em discussão com Secretaria de Saúde	Disponível	Formação de grupos
Justificativa	Desinteresse	Projeto social já	Espaço físico incompatível com a

	dos Atores	existente	ESF 39
Novo Prazo	* Não se aplica	** Não se aplica	*** Não se aplica

Fonte: elaborado pela autora

**Prazo não definido devido ser atrelado à indisponibilidade de Educador Físico;*

***Não houve necessidade de novo prazo, tendo em vista disponibilidade imediata;*

****Prazo não definido devido à disponibilidade de agenda do profissional Nutricionista ser atrelada ao NASF.*

A forma de controle das dislipidemias se baseia num tripé: Atividade Física; Dieta Hipolipídica/ Hipocalórica e Uso de Medicação, cuja avaliação é clínica e varia caso a caso, em que se tem diretrizes que norteiam, porém a clínica é soberana.

Na consulta realizada ao portador de dislipidemia, deve-se avaliar aderência ao tratamento proposto, bem como monitorar esse comprometimento por meio de avaliação periódica desse perfil lipídico, além de verificar histórico de alergias medicamentosas que inviabilizem uso de medicação hipolipemiante oral, bem como resposta idiossincrática à medicação, que deve ser adequadamente identificada e cessada propedêutica medicamentosa instituída. É amplamente conhecido e aceito que qualquer prática de atividade física gera benefícios à aquisição de um perfil lipídico favorável. A Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatiza que a prática de atividade física deve ser idealmente aeróbica, com duração de cerca de 30min, com frequência de três vezes por semana, numa intensidade moderada a intensa. Aliar prática de atividade física à dieta é a alteração baluarte do tratamento dessa condição clínica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a ação estratégica de motivação, contatamos um vereador residente na área de abrangência da equipe (ESF39) que já realizava projeto social para idosos e pessoas carentes de seu bairro, concedendo-lhes aulas de hidroginástica. Foi acordado que as pessoas cujos recursos eram parques seriam encaminhadas do posto de saúde para realização de hidroginástica. Porém não conseguimos a contratação de profissional educador físico, nem realocação de um já existente na rede.

Na estratégia montada junto ao NASF, estavam montadas duas reavaliações nutricionais, com mensuração de índices antropométricos nos meses de março/maio. No entanto, a nutricionista, profissional capacitada para realiza-las, saiu do quadro de funcionários do município de Contagem/ Distrito Sanitário Ressaca. Isso inviabilizou o acompanhamento pormenorizado de tais dados. Houve ainda mudanças no laboratório que presta serviços ao município em questão, com restrição do número de exames realizados por dia/equipe para 05 (cinco). Ocasionalmente, portanto, uma demanda extremamente superior à oferta, que nos levaram a priorizar o acompanhamento laboratorial de gestantes e dos surtos endêmicos da estação, no caso, dengue e algumas DST's.

Do grupo formado por 18 (dezoito) integrantes, tivemos perda de seguimento de 03 (três) integrantes (01 devido falecimento, 01 por mudança da área de abrangência, 01 por abandono espontâneo do grupo operativo). Realizamos apenas pesagem em 27/05/2015, em que evidenciamos que nenhum dos 15 (quinze) integrantes obteve ganho ponderal. 05 (cinco) deles obtiveram perda ponderal acima de 4,5 KG (quatro quilos e quinhentos gramas); outros 05 (cinco) obtiveram perda ponderal entre 2,5 KG (dois quilos e quinhentos gramas) e 4,5 KG (quatro quilos e quinhentos gramas); sendo que 05 integrantes não modificaram o peso entre as duas pesagens realizadas.

Recentemente o político que estava custeando a atividade física aos integrantes do grupo e demais pessoas do bairro abandonou tal projeto alegando corte de verbas por parte do poder público imediato.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para 2013**. Brasília: IBGE, 2011.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011**. Brasília: MEC, 2012.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASTRO, CM; Peliano, AM. **Novos alimentos, velhos hábitos e o espaço para ações educativas**. In: Castro CM, Coimbra M, organizadores. O problema alimentar no Brasil. São Paulo: Unicamp; 1985. p. 195-213

CHOR, D., FAERSTEIN, E. **Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n.1,p.241-244, jan. 2000.

DÂMASO, ANA. **Nutrição e Exercício na Prevenção de Doenças**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

GOLDMAN, L., AUSIELLO, D., CECIL, R.L. **Tratado de medicina interna**. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

RUNGE, M. S., OHMAN, E. M. **Cardiologia de Netter**. Porto Alegre: Artmed; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.101, n.4, s.1, out/2013. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf> Acessado em: 10/11/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Dislipidemia.** Endocrino. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br>> Acesso em: 19 mai. 2014.