



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Cristiano Ebert

Estratégia de intervenção na prevenção de dislipidemia
na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Brehmer
no município de Rio do Sul - SC

Florianópolis, Março de 2016

Cristiano Ebert

Estratégia de intervenção na prevenção de dislipidemia na Unidade
Básica de Saúde (UBS) do bairro Brehmer no município de Rio do
Sul - SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Jeferson Rodrigues
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Cristiano Ebert

Estratégia de intervenção na prevenção de dislipidemia na Unidade
Básica de Saúde (UBS) do bairro Brehmer no município de Rio do
Sul - SC

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Jeferson Rodrigues
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Atualmente as doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morbidade e mortalidade, sendo que a aterosclerose coronária é a principal patogenia encontrada. Entre os fatores de risco para a doença aterosclerótica destacam-se as dislipidemias, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, entre outros. Em função da elevada prevalência das doenças cardiovasculares e da possibilidade de intervenção nos fatores de risco, o presente projeto teve como objetivo, implementar um programa de hábitos de vida saudáveis e um grupo de caminhadas na Estratégia de Saúde da Família na unidade básica de saúde do bairro Brehmer, no município de Rio do Sul-SC, assim como, conhecer a prevalência de dislipidemia, promover ações educativas com palestras de mudanças de hábitos de vida e prática de atividade física adequada e conseqüentemente, atuar na prevenção da aterosclerose e da dislipidemia. O presente estudo avaliou o perfil lipídico de 70 adultos (20 a 59anos) e 15 idosos (60 anos ou mais) de ambos os sexos, por meio de consultas de retorno em pacientes que solicitaram em consulta exames de rotina num período de três meses. Os dados do paciente e os dados bioquímicos do perfil lipídico foram anotados durante a consulta e informados sobre o grupo de caminhadas e sobre as palestras educativas sobre mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis realizados no dia 05 de dezembro de 2015. Verificou-se através do estudo, que a prevalência de qualquer tipo de dislipidemia na população local do bairro Brehmer, no município de Rio do Sul-SC, foi de 45%, sendo o colesterol total, o perfil lipídico mais alterado, seguido de HDL-c baixo. Neste trabalho, procurou-se intervir como alvo a modificação de comportamentos precursores das doenças cardiovasculares e da progressão da doença aterosclerótica como: A dieta alimentar adequada, exercícios físicos regulares e combate ao tabagismo e a obesidade.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares, Atenção Primária à Saúde, Prevenção de Doenças

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Rio do Sul é um dos 28 municípios que compõe a região do Alto Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina (SC). Região montanhosa e que apresenta a peculiar característica de ligar a economia, recursos naturais e crescimento demográfico ao curso do rio Itajaí-Açu e seus afluentes.

De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2014, a população da cidade é composta de 66.252 habitantes, o equivalente a 0,98% da população do estado, sendo a 17^a cidade no ranking populacional catarinense. Hoje no bairro, a uma mistura de descendentes de alemães e italianos.

Na Unidade Básica de Saúde atua uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, composta por 1 médicos da atenção primária, 1 dentista, contando também com o NASF – núcleo de apoio à saúde da família. Serviços de atenção especializada são encaminhados para os polos regionais de saúde e o serviço de urgência e emergência é coberto pelo HRAV – Hospital Regional Alto Vale – em Rio do Sul. A comunidade possui dois estabelecimentos de ensino, sendo uma escola de ensino fundamental e uma de educação infantil. Aos alunos que necessitam de educação especial frequentam a Escola Recanto Alegre (APAE).

Com relação aos demais aspectos da comunidade do bairro, atenta-se para a questão do saneamento, onde desde 1978, grande parte da população residente em área urbana do Município é abastecida com a rede de água e esgoto através da Companhia Catarinense de Água e Saneamento (CASAN), segundo dados da defesa civil de 2010, em torno de 81,2% da população com condições de água adequada. Quanto ao recolhimento dos resíduos sólidos (lixo), este é realizado pela Empresa Engenharia Ltda. três vezes por semana. Além da coleta de resíduos sólidos e rede abastecedora de água e drenagem pluvial que tem acompanhado a expansão do bairro, os equipamentos urbanos já existentes são: Duas igrejas, Duas escolas, sendo uma infantil, uma área de recreação pública, com aparelhos e circuitos para caminhadas e onde também está situada a associação do moradores do bairro. Quanto à rede de energia elétrica, segundo o SEBRAE (2010), a taxa de cobertura da rede elétrica é de 100%.

Na unidade básica do bairro Brehmer, estima-se ter na comunidade, (segundo portal de saúde, SIAB 2014), uma população de 3.617 habitantes em sua área. Destes, 1.762 são do sexo masculino (48,7%) e 1.855 do sexo feminino (51,2%). Destes, 988 são menores de 20 anos de idade (27,5%), sendo 513 do sexo masculino (51,9%) e 475 do sexo feminino (48,1%). Na faixa etária de 20 - 59 anos, corresponde a 62,2% da população (2.253 habitantes), sendo 48,3% (1.089) do sexo masculino e 51,6% (1.164) do sexo feminino. Na faixa etária a cima de 60 anos, corresponde uma prevalência de 10,3% da população da comunidade (376 habitantes). Destes, 42,5% do sexo masculino e 57,4% do sexo feminino.

Analisando a prevalência de pessoas portadoras de pressão arterial sistêmica (HAS),

504 pessoas são portadoras da doença, o que corresponde a 13,9% da população total e 9,1% se analisarmos a prevalência a cima da faixa etária dos 20 anos de idade. Em relação a prevalência de portadores de Diabetes Melitus (DM), 3,7% são portadores de DM, 5,1% se formos analisar dados de pessoas a cima dos 20 anos de idade. A prevalência é nula de pessoas com Tuberculose ou Hanseníase; não há dados registrados.

As doenças mais comuns na UBS são a Dislipidemia, Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Depressão, tabagismo, Artrose de coluna lombar e Diabetes. Em função da elevada prevalência das doenças cardiovasculares como a Dislipidemia e Hipertensão arterial sistêmica e da possibilidade de intervenção nos fatores de risco, optou-se por realizar este estudo, com objetivo de Implementar um programa de hábitos de vida saudáveis e um grupo de caminhadas na Estratégia de Saúde da Família na unidade básica de saúde do bairro Brehmer, no município de Rio do Sul-SC.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Realizar atividades de promoção da saúde com usuários portadores de dislipidemia da Unidade Básica de Saúde de Rio do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Planejar com a equipe da UBS estratégias de promoção da saúde para portadores de dislipidemia;
- Implantar estratégias de promoção da saúde com usuários portadores de dislipidemia da Unidade Básica de Saúde de Rio do Sul.

3 Revisão da Literatura

Um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil está relacionado à dislipidemia e ao excesso de peso, importante fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV). Segundo a Organização Mundial da Saúde até 2020, 71% das mortes por cardiopatia isquêmica e 75% das mortes por acidente vascular cerebral ocorrerão nos países em desenvolvimento (GARCEZ; PEREIRA; FONTANELA, 2014). No Brasil, as DCV são a primeira causa de morte da população, sendo responsáveis por cerca de 34% do total de óbitos da população adulta e por 47% dos óbitos de indivíduos com 60 anos ou mais (TASCA; SCOLARI; ISOLANI, 2014).

Tais dados podem estar relacionados com o padrão dietético atual, denominado “dieta ocidental”, uma vez que possui alto consumo de gorduras totais, colesterol, açúcar refinado e baixo teor de fibra alimentar, e o estilo de vida sedentário, são exemplos de fatores que podem contribuir para o aumento das dislipidemias. Projeções indicam que nas próximas décadas haverá um aumento significativo dos mesmos, e, o desenvolvimento de estratégias para reduzir estes índices é um desafio (BERTONI; ZANARDO; CENI, 2011).

A dislipidemia, definida pela presença de, no mínimo, uma alteração do perfil lipídico: elevada concentração sérica de Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c), Triglicerídeos (TG) e/ou reduzida de Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-c). O aumento do número dessas alterações apresenta correlação positiva com o desenvolvimento da aterosclerose, doença inflamatória crônica que está intimamente ligada à elevada concentração sérica de Colesterol Total (CT), e é responsável pelo espessamento da parede da camada média e íntima das artérias, e também pela elasticidade arterial reduzida (SANTOS; GUIMARÃES; DIAMENT, 1999).

Dislipidemias: Avaliação do perfil lipídico

A avaliação epidemiológica do perfil lipídico é uma ferramenta importante para a promoção de políticas de saúde que visam prevenir e reduzir fatores de risco cardiovascular da população (SANTOS; GUIMARÃES; DIAMENT, 1999). A presença de Doença arterial coronariana (DAC) ou de outras manifestações de doença arterial (cerebrovascular, carotídea e da aorta abdominal e/ou seus ramos terminais) torna obrigatória a determinação do perfil lipídico, independentemente de idade e sexo. O Consenso recomenda que todos os adultos com idade >20 anos tenham seu perfil lipídico determinado (CT, TG, HDL-c e LDL-c) (SCOTT; HIDENORI, 2014). Nos indivíduos com perfil lipídico desejável e sem outros fatores de risco, as determinações laboratoriais devem ser repetidas a cada cinco anos, desde que as condições clínicas e hábitos de vida permaneçam estáveis. A determinação sistemática do perfil lipídico na infância e adolescência não é recomendável. Entretanto, deve ser realizada entre os 2 e 19 anos de idade nas seguintes situações: a) avós, pais, irmãos, tios e primos de primeiro grau com DA manifesta (DAC e/ou doença

cerebrovascular e/ou periférica) antes dos 55 anos, para o sexo masculino, e dos 65 anos, para o sexo feminino; b) pa-rentes próximos com CT>300mg/dL ou TG >400mg/dL; c) presença de pancreatite aguda, xantomatose, obesidade ou outros fatores de risco de DAC. O risco de DAC aumenta significativa e progressivamente acima dos valores desejáveis de CT e LDL-c. Para o HDL-c, a relação de risco é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco de DAC. HDL- c >60mg/dL seria um "fator protetor" de DAC. Até o momento, os mais importantes fatores de risco são: hipercolesterolemia por aumento do LDL-c, HAS, tabagismo, diabetes melito e hereditariedade (DA prematura) (SCOTT; HIDENORI, 2014); (XAVIER; MATTOS; MOREIRA, 2013); (MUNIZ; SCHNEIDER; SILVA, 2012).

DISLIPIDEMIA: Associação entre dislipidemia e aterosclerose

A associação entre dislipidemias e aterosclerose é universalmente aceita pela comunidade científica. Os dados que permitiram estabelecer com segurança esse vínculo foram obtidos de estudos anato-mopatológicos, experimentais, epidemiológicos e clínicos, a maioria deles utilizando, para análise, valores bioquímicas das dosagens de CT, TG e HDL-c ou da determinação indireta de LDL-c (SANTOS; GUIMARÃES; DIAMENT, 1999); (SCOTT; HIDENORI, 2014); (XAVIER; MATTOS; MOREIRA, 2013).

A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devida a diversos fatores de risco. O aumento do número dessas alterações apresenta correlação positiva com o desenvolvimento da aterosclerose, doença inflamatória crônica que está intimamente ligada à elevada concentração sérica de Colesterol Total (CT), e é responsável pelo espessamento da parede da camada média e íntima das artérias, e também pela elasticidade arterial reduzida (SANTOS; GUIMARÃES; DIAMENT, 1999). São dois os principais processos envolvidos nas doenças cardiovasculares: ateroma, relacionado com efeito de longa duração, e trombogênese, ligado a fatores dietéticos de curta duração; além de eventos que afetam o estilo de vida (BERTONI; ZANARDO; CENI, 2011).

A placa aterosclerótica plenamente desenvolvida é constituída por elementos celulares, componentes da matriz extracelular e núcleo lipídico. Estes elementos formam na placa aterosclerótica, o núcleo lipídico, rico em colesterol e a capa fibrosa, rica em colágeno. As placas estáveis caracterizam-se por predomínio de colágeno, organizado em capa fibrosa espessa, escassas células inflamatórias e núcleo lipídico de proporções menores. As instáveis apresentam atividade inflamatória intensa, especialmente nas suas bordas laterais, com grande atividade proteolítica, núcleo lipídico proeminente e capa fibrótica tênue. A ruptura desta capa expõe material lipídico altamente trombogênico, levando à formação de um trombo sobrejacente. Este processo, também conhecido por aterotrombose, é um dos principais determinantes das manifestações clínicas da aterosclerose (XAVIER; MATTOS; MOREIRA, 2013).

DISLIPIDEMIAS: Classificação das dislipidemias

A) Classificação laboratorial (SANTOS; GUIMARÃES; DIAMENT, 1999):

- 1- Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (> 160 mg/dl);
- 2- Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TGs (> 150 mg/dl) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons. Como observado, a estimativa do volume das lipoproteínas aterogênicas pelo LDL-C torna-se menos precisa à medida que aumentam os níveis plasmáticos de lipoproteínas ricas em TG. Portanto, nestas situações, o valor do colesterol não-HDL pode ser usado como indicador de diagnóstico e meta terapêutica;
- 3- Hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C (> 160 mg/dl) e TG (> 150 mg/dl). Nesta situação, o colesterol não-HDL também poderá ser usado como indicador e meta terapêutica. Nos casos em que TGs > 400 mg/dl, o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se, então, considerar a hiperlipidemia mista quando CT > 200 mg/dl;
- 4- HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens < 40 mg/ dl e mulheres < 50 mg/dl) isolada ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG.

B) Classificação etiológica (SANTOS; GUIMARÃES; DIAMENT, 1999)

Dislipidemias primárias - origem genética

Dislipidemias secundárias - Causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes melito (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides, anabolizantes.

DISLIPIDEMIAS: Avaliação laboratorial das dislipidemias (SANTOS; GUIMARÃES; DIAMENT, 1999)

O perfil lipídico é definido pelas determinações do CT, HDLC, TG e, quando possível, do LDL-C* após jejum de 12h a 14h.

DISLIPIDEMIAS: Fatores de risco modificáveis

A prevenção deve ser baseada no risco absoluto de eventos coronarianos. Todos os indivíduos devem ser submetidos à mudança do estilo de vida (MEV) - dieta, exercício, abstenção do fumo, perda de peso (XAVIER; MATTOS; MOREIRA, 2013).

Os fatores de risco para DCV podem ser subdivididos em não modificáveis e modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis incluem idade, sexo e história familiar e os modificáveis compreendem obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, sedentarismo, diabetes e tabagismo,. A prevenção das DCV tem sido baseada no conhecimento dos fatores de risco modificáveis (XAVIER; MATTOS; MOREIRA, 2013).

TERAPÊUTICA DAS DISLIPIDEMIAS: Metas lipídicas

A terapêutica das dislipidemias, de comprovada eficiência, tem por finalidade fundamental a prevenção primária e secundária da DAC e da DA cerebrovascular e periférica (XAVIER; MATTOS; MOREIRA, 2013). A terapêutica deve ser iniciada com mudanças individualizadas no estilo de vida, que compreendem hábitos alimentares saudáveis, busca e manutenção do peso ideal, exercício físico aeróbico regular, combate ao tabagismo

e promoção do equilíbrio emocional. Não sendo atingidos os objetivos propostos, deve ser considerada a introdução de drogas isoladas ou associadas, dependendo das necessidades, com manutenção da dietoterapia (XAVIER; NETO; NETO, 2013).

Para a prevenção primária da aterosclerose, devem ser atingidos valores de LDL-c <160mg/dL na ausência de outros dois ou mais fatores de risco, e <130mg/dL na presença dos mesmos. Na presença de apenas um fator de risco associado, o grau de controle dos níveis do LDL-c estará na dependência da gravidade do fator de risco. Para a prevenção secundária, o Consenso preconiza valores de LDL-c <100mg/dL, além do rigoroso controle dos outros fatores de risco. Em ambas as situações, deve-se buscar, se possível, valores de HDL-c >35mg/dL e de TG <200mg/dL (XAVIER; MATTOS; MOREIRA, 2013).

Tipos de dieta e incorporação de novos hábitos:

Dieta, lípides séricos e aterosclerose - Existem muitas demonstrações da relação dieta-aterosclerose, concluindo-se que esta é positiva com a ingestão excessiva de gorduras e colesterol e pelo excesso de calorias, induzindo à obesidade. Estudos epidemiológicos demonstram que a ingestão de ácidos graxos saturados eleva o CT e, em especial, o LDL-c. A substituição por ácidos graxos poli e monoinsaturados reduz o CT. A influência do colesterol dietético sobre o CT está bem documentada em animais e humanos, havendo grande variabilidade na magnitude da resposta (MUNIZ; SCHNEIDER; SILVA, 2012).

Dietoterapia nas hiperlipidemias - A dietoterapia tem por objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade por DAC por meio da redução dos níveis de CT, LDL-c e TG, podendo haver aumento simultâneo do HDL-c. Estes efeitos são conseguidos pela: a) redução da ingestão de gordura saturada e colesterol e adequação do balanço calórico, respeitadas as necessidades nutricionais básicas; h) alteração de outros fatores de risco, modificáveis pela dieta, tais como controle da resistência à insulina e diabetes; c) manutenção permanente das mudanças de hábitos alimentares (MUNIZ; SCHNEIDER; SILVA, 2012).

Considerações para o alcance das metas (FILHO; GAGLIARDI; XAVIER, 2013):

- Mudança de hábito alimentar - Considerar o padrão alimentar atual do paciente e suas possíveis condições de mudança.
- Dietoterapia - Propiciar cardápio diversificado e ao mesmo tempo agradável e prático, a fim de que se obtenha observância ao tratamento.
- Nutricionista - Deve-se recorrer à orientação de uma nutricionista, sempre que necessário. É importante, para esta orientação, a obediência à seguinte anamnese alimentar: 1) frequência da ingestão dos grupos alimentares; 2) local e horários das refeições; 3) preferências, alergias e aversões alimentares.
- Interação clínico-laboratorial - O controle do perfil lipídico deverá ser realizado, em média, a cada 2 meses.

Considerações a respeito da composição da dieta:

- Colesterol - Para reduzir a ingestão de colesterol, deve-se restringir o consumo de leite integral e seus derivados (queijos, principalmente amarelos, manteiga, creme de leite), biscoitos amanteigados, croissants, folhados, sorvetes cremosos, embutidos em geral (lingüiça, salsicha e frios), carnes vermelhas gordurosas, carne de porco (bacon, torresmos), vísceras (fígado, miolo, miúdos); pele de animais terrestres, animais marinhos (camarão, lagosta, sardinha e outros frutos do mar). Especial atenção deve se dar à redução na ingestão de gema de ovo (225mg/unidade), lembrando-se de que esta participa também no preparo de diversos alimentos (bolos, tortas, panquecas, macarrão, etc.). Deve ser lembrado que o colesterol só existe em alimentos do reino animal (XAVIER; NETO; NETO, 2013) (FILHO; GAGLIARDI; XAVIER, 2013).

Outras recomendações (FILHO; GAGLIARDI; XAVIER, 2013):

- Combate ao tabagismo - O tabagismo é um importante fator de risco de DAC. Tem efeito adverso sobre as LP, diminuindo as HDL, além de efeito trombogênico, por aumentar a agregação plaquetária e induzir disfunção endotelial. Sua interrupção reduz significativamente a morbidade e a mortalidade por DAC. São recomendadas providências também para a proteção do fumante passivo.
- Estímulo ao exercício físico - A prática regular de exercício físico aeróbico aumenta o HDL-c e a sensibilidade à insulina, reduz a pressão arterial, colabora no controle do peso corporal, além de reduzir os TG.
- Álcool - A relação entre ingestão de bebidas alcoólicas e DAC ainda não está bem estabelecida. É possível que a elevação do HDL-c associada a esse hábito não se relacione à provável proteção da aterosclerose; contudo, o uso de pequenas doses (Consenso de Hipertensão Arterial) é permitido, salvo contra-indicações clínicas (diabetes, hiper-trigliceridemia, hepatopatias, etc.).
- Obesidade - Considerando-se que há relação positiva entre obesidade (sobretudo central, tipo masculina) e DAC, está bem indicada a adoção de medidas para a redução do peso corpóreo. A correção da obesidade contribui para melhor controle da HA, redução dos TG e do CT, elevação do HDL-c e melhoria da tolerância à glicose.
- Diabetes - Representa fator de risco importante de DAC, principalmente em mulheres. Como o risco devido ao diabetes aumenta acentuadamente com a associação de outros fatores de risco, é necessário seu controle adequado.

4 Metodologia

O projeto avaliou o perfil lipídico de 58 adultos (20 a 59anos) e 14 idosos (60 anos ou mais) de ambos os sexos, no período de 10 de setembro de 2015 a 10 de novembro de 2015, em um período de três meses. Para isso, foram utilizados dados provenientes do estudo baseado no resultado de exames laboratoriais solicitados de rotina, referentes a amostras representativas de residentes da comunidade do bairro Brehmer, no município de Rio do Sul-SC.

As variáveis bioquímicas (CT, HDL-c, LDL-c e TG séricos) foram determinadas mediante método enzimático-colorimétrico. Para a categorização dos indivíduos, foram utilizados pontos de corte de inadequação, de acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemia. Para adultos e idosos, os pontos de corte de inadequação foram: HDL-c: homens 40 mg/dL, mulheres 50 mg/dL; LDL-c: 160 mg/dL; CT: 200 mg/dL e TG: 150 mg/dL.

Em consulta de retorno, foi coletado os dados do perfil bioquímico lipídico, bem como o nome do paciente e sua idade e anotado no word excel. O programa foi oferecido por contato telefônico após correlacionar os usuários que tiveram alteração do perfil lipídico e convidados a participar do grupo de caminhadas do grupo de M.E.V e hábitos saudáveis, oferecido com o apoio multidisciplinar do médico, da enfermagem, de um educador físico e de uma nutricionista.

Após formar o grupo de caminhadas e determinado encontros semanais para prover incentivo a realização de atividades físicas, foi oferecido aos participantes palestras sobre a alimentação saudável, com alimentos saudáveis em coffe-break, na presença de um educador físico e uma nutricionista.

5 Resultados Esperados

Os resultados encontrados no presente estudo confirma a elevada prevalência da dislipidemia na população em estudo. Verificou-se que a prevalência de qualquer tipo de dislipidemia na população local do bairro Brehmer, no município de Rio do Sul-SC, foi de 45%, sendo o colesterol total (CT) o perfil lipídico mais alterado, seguido de HDL-c baixo.

Diversos estudos no Brasil reportaram que a condição de obesidade se relaciona às dislipidemias e, por conta disso, há uma tendência de elevação nas mortes por doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo. Esse panorama se relaciona principalmente ao IMC (Índice de Massa corporal) elevado e a dislipidemia. Outra condição associada com as dislipidemias é à obesidade abdominal e o estilo de vida sedentário.

Em função da elevada prevalência das dislipidemias e da possibilidade de intervenção nos fatores de riscos, optou-se por implementar um programa de hábitos de vida saudáveis e um grupo de caminhadas na Estratégia de Saúde da Família na unidade básica de saúde do bairro Brehmer, promovendo ações educativas com palestras de mudanças de hábitos de vida e alimentação saudável, bem como, palestras sobre a importância da prática de atividade física e da importância desta de ser realizada de forma adequada e de forma regular. O grupo contou com o apoio de uma equipe multidisciplinar composta por um médico, uma nutricionista, um educador físico (fisioterapeuta), e a equipe da ESF do bairro Brehmer, composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e seis agentes de saúde.

Neste trabalho, procurou-se intervir como alvo a modificação de comportamentos precursores da doença aterosclerótica, como: A dieta alimentar adequada, exercícios físicos regulares e combate ao tabagismo e obesidade. O programa foi muito bem aceito e frequentado por todos que convidados a participar. Exigiu persistência, disponibilidade e criatividade por parte dos profissionais envolvidos, para integrar e dar seguimento ao grupo de caminhadas. A proposta de auxiliar e informar os usuários na atenção básica à saúde a mudar comportamentos alimentares e propor hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física e combate ao tabagismo, constituiu um desafio que foi alcançado e como almejado. As razões pelas quais devemos desenvolver uma estratégia preventiva na prática clínica, assim como, as propostas no presente estudo são por: 1. As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte na maior parte dos países do mundo. São causa importante de incapacidade física e de invalidez e contribuem significativamente para o aumento dos gastos com a saúde; 2. A aterosclerose se desenvolve de forma insidiosa durante décadas e suas manifestações clínicas só se fazem notar nos estágios avançados da doença; 3. Em sua maior parte, as DCV possuem uma estreita relação com estilo de vida, assim como com fatores fisiológicos e bioquímicos modificáveis;

4. As modificações dos fatores de riscos, como citados e como propostos no programa apresentado, reduzem a morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) e previne a progressão da doença aterosclerótica.

A avaliação permanente quanto aos métodos empregados no trabalho, bem como a troca de experiências entre os profissionais, constituíram importante instrumento para o aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido, o qual buscou o engajamento nos esforços educacionais e motivacionais aos participantes. Sendo assim, é de suma importância avançar na proposta de atendimento em grupos educativos e informativos como o proposto trabalho, visando à prevenção e a diminuição da incidência de doenças crônicas.

Referências

- BERTONI, V. M.; ZANARDO, V.; CENI, G. C. Avaliação do perfil lipídico dos pacientes com dislipidemia atendidos no ambulatório de especialidades de nutrição – uricepp. *Perspectiva*, v. 35, p. 177–188, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- FILHO, R. D. dos S.; GAGLIARDI, A. C. M.; XAVIER, H. T. Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, v. 100, p. 2–6, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- GARCEZ, M. R.; PEREIRA, J. L.; FONTANELA, M. de M. Prevalência de dislipidemia segundo estado nutricional em amostra representativa de São paulo fisberg. *faculdade de saúde pública universidade de São Paulo*, v. 106, p. 1–8, 2014. Citado na página 13.
- MUNIZ, L. C.; SCHNEIDER, B. C.; SILVA, I. C. M. da. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 2–8, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 16.
- SANTOS, J. E. dos; GUIMARÃES, A. C.; DIAMENT, J. Consenso brasileiro sobre dislipidemias detecção, avaliação e tratamento. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, v. 46, p. 4–10, 1999. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- SCOTT, G.; HIDENORI, A. Recommendations for the management of dyslipidemia executive summary atherosclerosis. *University of Texas Southwestern Medical Center*, v. 232, p. 414–417, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- TASCA, M. V. G.; SCOLARI, P. A.; ISOLANI, A. P. Fatores de risco cardiovasculares nos funcionários de uma instituição de ensino superior de campo mourão – paraná. *Revista saúde e biologia*, v. 9, p. 1–7, 2014. Citado na página 13.
- XAVIER, H. T.; MATTOS, L. A. P. e; MOREIRA, L. F. P. Iv diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, v. 101, p. 5–9, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.
- XAVIER, H. T.; NETO, J. D. de S.; NETO, A. A. V diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 101, p. 5–9, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.