


UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIELYS MORENO PIMENTEL



**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE
PÚBLICA VOLTADOS À SAÚDE DO PACIENTE COM DOENÇAS
CRÔNICAS NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS
MÉDICOS PARA O BRASIL**

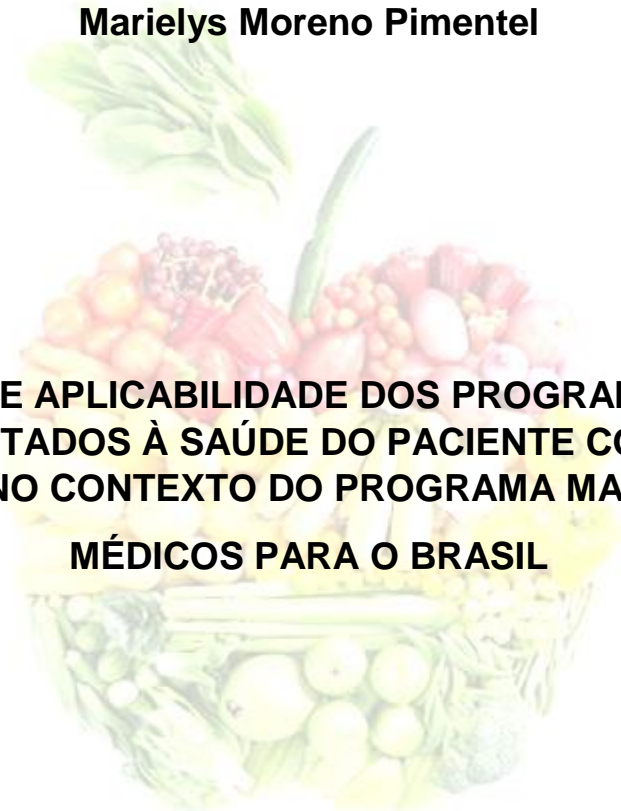
k5734863 fotosearch.com.br

PORTO ALEGRE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Marielys Moreno Pimentel



**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE
PÚBLICA VOLTADOS À SAÚDE DO PACIENTE COM DOENÇAS
CRÔNICAS NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS
MÉDICOS PARA O BRASIL**

k5734863 fotosearch.com.br

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família pela
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Prof. Manoela Jorge Coelho Alves.

PORTO ALEGRE

2018

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Estudo do caso clínico.....	3
3. Promoção de saúde.....	8
4. Visita domiciliar.....	10
5. Considerações finais.....	12
6. Referencias bibliográficas.....	13
7. Anexo1.....	15



1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Marielys Moreno Pimentel especialista em Medicina Geral Integral, tenho 31 anos, sou natural de Cuba onde fiz meus estudos e me graduei como médica o dia 16-07-2009 pela Faculdade de Ciências Médicas Doutor José Assef Yara da província de Ciego de Ávila, trabalhe durante 4 anos em meu país, após trabalhe 3 anos em Venezuela.

Em julho de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e desde então, atuo na cidade Eldorado dos Carajás, estado Pará, há cerca de um ano. Estou trabalhando em na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Novo Dorado localizada no km 100, cuja área de abrangência atende aos bairros de São Geraldo, Novo Dorado e a vila Peruana. O território adscrito à ESF é considerado de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico, ausência de saneamento básico adequado. Há duas Igrejas católicas, duas evangélicas (Assembleia de Deus, Adventista e Congregação Cristã), uma escola pública e três lojas para a população satisfazer suas necessidades. A população atendida abrange um total de 4.800 usuários, segundo dados fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). As doenças mais prevalentes nos atendimentos são, Hiperlipidemias, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), Leishmanioses, parasitoses intestinais, Hanseníases.

O Projeto de Intervenção foi sobre risco de dislipidemia em adolescentes, com o título: “Estratégia educativa para adolescentes com risco de dislipidemia”. Este projeto foi direcionado para adolescentes da área adscrita da ESF, a importância deste projeto de intervenção na comunidade está ligada, especialmente, a possibilidade de um diagnóstico precoce e prevenção em adolescentes para este tipo de doença. A escolha desta temática foi relevante devido à alta prevalência que tem a dislipidemia em adolescentes no território da equipe, é uma doença, que por sua alta incidência, apresenta os critérios para um processo de intervenção educativa, que poderá reduzir a carga de uma doença cardiovascular futura.

A metodologia foi através da identificação deste público e convite pessoal feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS's) às adolescentes de suas respectivas áreas, seguindo o cronograma determinado.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

ESF: NOVO DORADO

ANAMNESE

Identificação

Nome: MRG

Idade: 42 anos.

Sexo: Feminino.

Escolaridade: Ensino Médio.

Religião: Sem religião.

Estado civil: Casada.

Profissão: Trabalhadora de uma fábrica de queijos.

Naturalidade: Xinguara, Para.

Residência Atual: Rua São Geraldo # 23.

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor de cabeça e tontura. (06-04-2017)

História da doença atual:

1.Consulta Médica:

Paciente que comparece a consulta porque tem dois dias com dor de cabeça occipital, muita tontura que não melhora com medicamentos, um vomito grande de aspecto líquido, cansaço, fala que fuma muito, bebe café, não pratica exercícios e que não tem cuidado com as comidas e que uma vez ficou com colesterol alto.

Interrogatório Sintomatológico:

Sintomas Gerais: decaimento, cansaço.

Sistema Neurológico: cefaléia, tontura.

Sistema Respiratório: nega tosse, dificuldade respiratória.

Sistema Cardiovascular: taquicardia.

Sistema Digestivo: vômito.

Sistema Geniturinário: nega alterações.

Sistema endócrino: nega alterações.

Coluna vertebral: ossos, articulações e extremidades: sem alteração.

Sistema Ginecológico: nega alterações.

Sistema Circulatório: nega alterações.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos:

Nascida de parto normal.

História Obstétrica: G3 P2n C1 A0.

Menarca: 12 anos.

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela, Dengue)

Alergia abelhas.

Antecedente Cirúrgico: 1 cesárea.

Alergia a medicamentos: negado.

Nega doenças crônicas.

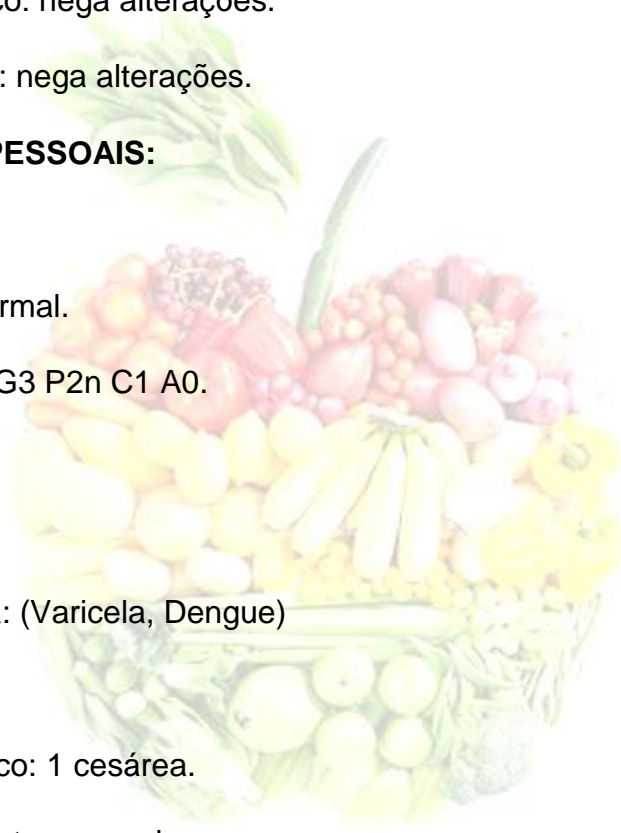
Medicamentos em uso: negado.

Vacinas: atualizadas.

Hábitos tóxicos: café, cigarro (2 caixas ao dia).

Antecedentes Familiares

Pai: DM2, HTA, DLP, falecido aos 67 anos de um ictus.

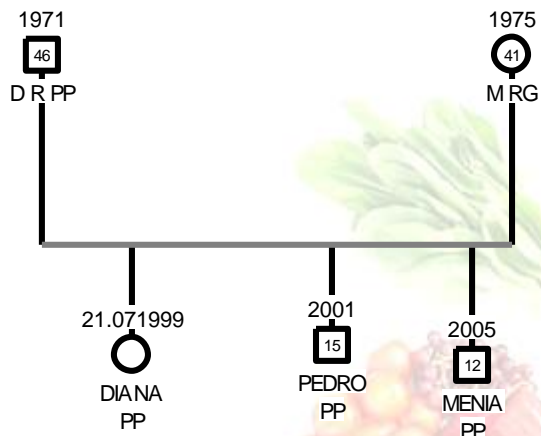


k5734863 fotosearch.com.br

Mãe: com HAS, DLP (maior 300mg/dl) em tratamento farmacológico.

Filhos: saudável.

GENOGRAMA:



Condições de Vida:

Casa: madeira, teto telha, piso cerâmica, 5 habitações, morando com marido e 3 filhos, água da rua.

Condições socioeconômicas: a renda familiar tem dois salários mínimo.

Vida conjugal e ajustamento familiar: família funcional.

Alimentação:

k5734863 fotosearch.com.br

Café da manhã: café, ovos fritos, pão, queijos.

Almoço: carnes fritas, caldos, arroz.

Janta: come igual que no almoço.

Cozinha com muito sal, bebe muito café, só come verduras uma vez em semana.

Predominantemente carboidrato, pouca fruta e verduras.

Exame Físico:

Geral:

Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, fácies depressiva, fala e linguagem típica, biótipo retilíneo, atitude voluntária,

Mucosa: normocorada, anictérica, acianótica, hidratada, afebril ao toque.

TCS: não edema.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,5°C;

PA: 140x90 mmHg;

FC: 72 bpm.

FR: 18 irpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 80 kg, Altura: 1,60 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 31,5kg/m² (obesa).

Exame Físico Regional:

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retro auricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho

Preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico, respiração torácica presente, amplitude normal, não tiragem, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes.

Palpação: expansibilidade normal, vibrações vocais normal, não tumor ações.

Percussão: dentro dos limites normais.

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular audível, não estertores.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos de boa tonificação, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: globuloso, ausência de circulação colateral, segue os movimentos respiratórios. Perímetro abdominal 105cm. Presença de cicatriz cirúrgica de cesariana.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais.

Percussão: normal.

Palpação: não dor a palpação superficial e profunda, não viceromegalia.

Extremidades

Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica: Obesidade associada a uma dislipidemia.

Conduta: Encaminhamento ao nutricionista para avaliação dietética e para consulta de tabagismo, prática de exercícios físicos, estudo de laboratório (Hemograma completo, glicemia, perfil lipídico completo) estudo endócrino, estudo renal, rastreamento da tensão arterial durante uma semana.

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 13/04/2017)

Paciente com melhor estado geral, refere que foi avaliado por nutricionista e se alimentando como ele indicou e está fazendo exercícios. Relata que sua família está ajudando muito.

Apresenta exames laboratoriais: colesterol total: 304 mg/dl, colesterol LDL:195 mg/dl, colesterol HDL: 42 mg/dl, triglicérides: 300 mg/dl, o resto do estudo bioquímico foi normal.

Rastreamento da tensão arterial: normal.

Conduta:

Sinvastatina 40mg tomar 01 comprimidos pela noite após jantar durante 3 meses e realizar exames após os 3 meses de tratamento.

Oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle e agendamento para fazer consulta em três meses.

3ª Consulta (13.07.2017)

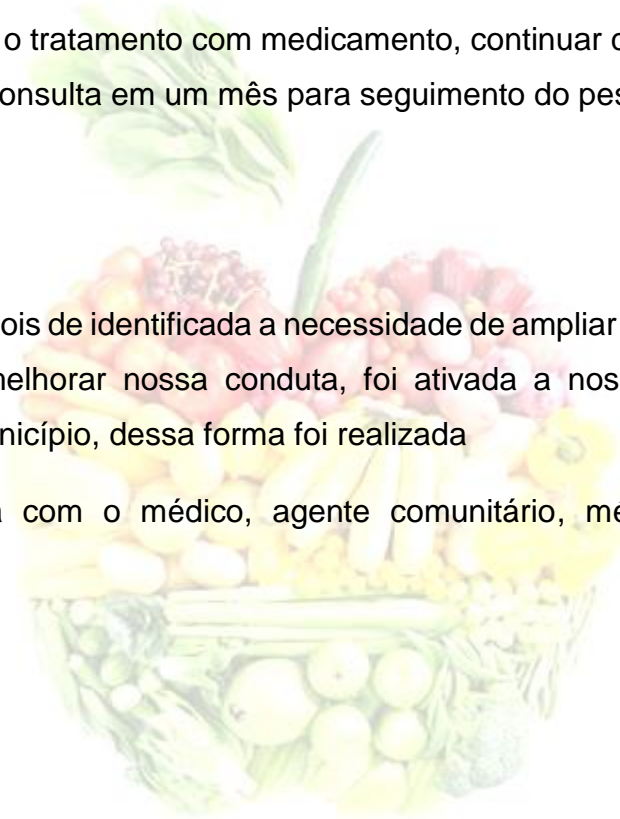
Paciente refere melhor estado geral, já não fica cansada e não tem mais tonturas, parou de fumar, baixo 10 kg, os exames laboratoriais estão normais.

Conduta: suspender o tratamento com medicamento, continuar com a dieta e realizar exercícios, voltar a consulta em um mês para seguimento do peso.

Plano:

Visita domiciliar:

Matriciamento: Depois de identificada a necessidade de ampliar e compartilhar nosso atendimento para melhorar nossa conduta, foi ativada a nossa rede de atenção especializada do município, dessa forma foi realizada uma visita conjunta com o médico, agente comunitário, médico nutricionista e enfermeira.



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

ESF: Novo Dorado.

Na prática diária é sempre bom ter a possibilidade de trabalho organizado, fazendo que a população atendida tenha uma ampla facilidade para cobrir suas necessidades, podendo possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade. Antes de iniciar meu trabalho nesta ESF muitos usuários tinham o hábito de não agendar as consultas. Essa prática tanto dos usuários quanto dos próprios profissionais já era muito grande, tive que explicar que o registro das informações em prontuário médico é obrigatório, tanto nos aspectos éticos quanto legais. Além disso, a consulta médica é uma oportunidade para conhecer os usuários, identificar seus problemas e aplicar as intervenções necessárias de forma integral; é muito importante valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; estimular a participação popular e o controle social. Nas ações realizadas junto a minha equipe destacamos dois itens importantes que marcam nosso atendimento. (BRASIL, 2012).

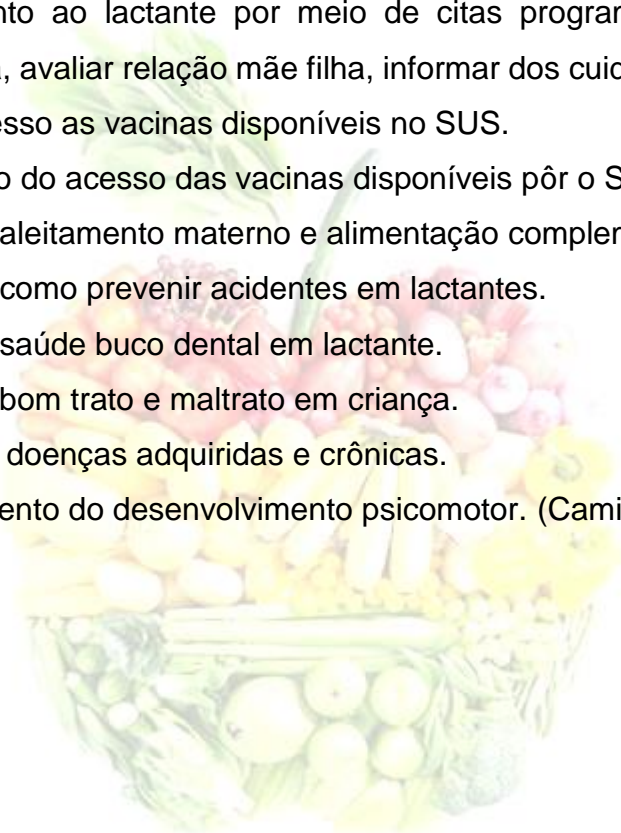
Com o pré-natal:

- 1- Aumentar o número de exame durante o pré-natal.
- 2- Apoio ao deslocamento para as consultas de pré-natal.
- 3- Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.
- 4- Proporcionar as gestantes participantes do programa de pré-natal da unidade informações e atividades relacionadas ao desenvolvimento de seu processo gestacional, desde o início da gravidez assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e neonatal. (TEIXEIRA, 2006)
- 5- Realização de, no mínimo sete ou mais consultas de pré-natal, com captação precoce das gestantes com a realização da primeira consulta.
- 6- Desenvolver atividades educativas com multiprofissionais, a serem realizadas em grupo, com linguagem clara e compreensível.

- 7- Abranger os assuntos relacionados à saúde durante gestação, parto, pós-parto, cuidado ao recém-nascido, direitos e deveres da gestante.
- 8- Proporcionar trocas de experiências entre as mulheres e profissionais.
- 9- Orientar as gestantes a realizar adequadamente e o puerpério. (TEIXEIRA, 2006)

Com a puericultura:

1. Captar o recém-nascido precocemente, orientar a visita domiciliar e realizar os exames metabólicos.
2. Dar seguimento ao lactante por meio de citas programadas para realizar história clínica, avaliar relação mãe filha, informar dos cuidados com a criança.
3. Garantir o acesso as vacinas disponíveis no SUS.
4. Fortalecimento do acesso das vacinas disponíveis pôr o SUS.
5. Promoção de aleitamento materno e alimentação complementar.
6. Promoção de como prevenir acidentes em lactantes.
7. Promoção de saúde buco dental em lactante.
8. Promoção de bom trato e maltrato em criança.
9. Prevenção de doenças adquiridas e crônicas.
10. Acompanhamento do desenvolvimento psicomotor. (Caminha et al, 2011).



4. VISITA DOMICILIAR

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes a domicílio, compartilhando seus segredos e convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar. Isto teve especial importância no final do séc. XIX e início do séc. XX, em que os recursos terapêuticos eram limitados. No entanto, este cenário de atuação modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-40, com o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a valorização do processo de trabalho na área da saúde, e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar (BRASIL, 2003).

A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária de Saúde vem evoluindo desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Deve ser realizada na frequência mínima de uma visita mensal a cada família residente na área de atuação. Na prática, a quantidade de visitas por residência sofre influência das condições oferecidas pela gestão municipal e varia em função das condições de saúde de seus habitantes, bem como de o perfil demográfico.

Ainda que exista uma visão equivocada do objetivo da visita domiciliar por parte de alguns cidadãos, a visita domiciliar focaliza a abordagem integral a família, não podendo qualquer dos indivíduos inseridos em um contexto familiar ficar de fora do programa.

Pelas taxas de morbimortalidade que ainda temos, as crianças, puérperas e pacientes com doenças crônicas não transmissível compõem grupos prioritários para acompanhamento pelos serviços de saúde e, por isso, o acompanhamento por meio da visita domiciliar sistematizada beneficia estes grupos. Por serem vulneráveis dentro de uma classificação de risco, a busca ativa de problemas nesses casos impacta positivamente na saúde.

Os pacientes com doenças crônicas em especial os que padecem de hipercolesterolemia são as que mais utilizam os serviços de saúde, seja no contexto de consulta ou para controle de alguns agravos.

A importância da busca ativa na comunidade e da oferta de ações de saúde reside na integração dos grupos prioritários, visando a permanência dos mesmos no serviço.

A visita domiciliar, nesses casos, representa a ferramenta de escolha para captar esses indivíduos e ainda fornecer à equipe de saúde informações pertinentes sobre as condições socioeconômicas das famílias residentes na área adscrito.

A visita ao paciente crônico tem como objetivos avaliar a saúde do paciente, orientar sobre a importância do controle da pressão, da terapia medicamentosa correta, dos hábitos de vida saudáveis, sobre mudanças na rotina, prática de exercício físico, além de avaliar riscos ou possíveis problemas, para que sejam adotadas medidas necessárias. (Lagoa Santana, 2013. 35f.monografia, Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

Consideramos, assim, a necessidade de a equipe realizar uma busca ativa e visitar nos domicílios esses pacientes para efetivar o controle dos níveis pressóricos, a adesão ao tratamento e orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis e ainda conhecer a qualidade de vida desses pacientes. Conclui-se, mesmo atendendo as pessoas isoladamente, por meio da visita domiciliar, a equipe de saúde interage com a família do paciente assim e acreditasse que, ao tentar manter o quadro da doença estável estão promovendo algum de benefício a família.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta importante para a prática dos profissionais de saúde, especialmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF). É utilizada objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. O estudo objetiva fazer uma reflexão da visita domiciliar como possibilidades para o cuidar em domicílio embasado na literatura e nas experiências dos autores. Os resultados apontam a VD como uma forma de proporcionar uma visão mais ampla das reais condições de vida da família, com possibilidade de interação em ambiente tanto familiar, quanto social. Portanto, consideramos importante ressignificar a VD valorizá-la como estratégia fundamental na consolidação e operacionalização da prática profissional na ESF, indo ao encontro do modelo de atenção proposto pelo SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de conclusão de curso leva a concluir que os fatores inerentes dão a possibilidade de um diagnóstico precoce e prevenção para este tipo de doença. Espera-se alcançar benefícios ao atingir mudanças no estilo de vida, adquiridas através de maior conhecimento sobre o processo saúde/doença. Cheguei à conclusão que a dislipidemia é uma doença, que por sua alta incidência, apresenta os critérios para ser estudada e assim reduzir a carga de uma doença cardiovascular futura. A prevalência de pacientes com dislipidemia no Brasil é grande. Estudos mostram a preocupação com a saúde dos pacientes no futuro, considerando a importância deste tema para prevenir a ocorrência de doenças coronarianas na vida adulta, a realização deste trabalho permitiu conhecer a fundo a realidade do tema.

Nesse contexto, o presente trabalho oportunizou a percepção da necessidade de uma atuação intensificada da Equipe de Saúde da Família no apoio extensivo e incentivo, através de dinâmicas educação em saúde, enfatizando informações nesse tema e esclarecimento de dúvidas durante consulta e visitas domiciliares. Dessa maneira, é fundamental a orientação e apoio do profissional de saúde, as elevadas taxas de dislipidemia da larga evidência científica indicando que a prevenção precoces como a mais importante e mais impactante prática de baixo custo a influenciar na saúde do paciente, representando diminuição dos números de internações hospitalares, bem como otimização diversos indicadores de saúde e qualidade de vida, verifica-se que o presente trabalho representa grande relevância social, para os pacientes.

A capacitação dos profissionais da saúde deve ser encarada como prioridade dentre as políticas públicas de saúde, uma vez que é através dos mesmos que se pavimentará o caminho para uma atenção adequada.

O presente trabalho contribuiu imensamente, sobretudo, para a minha formação profissional, jogando luz sobre um tema muitas vezes negligenciado e que representa, potencialmente, a medida mais eficaz na diminuição dos custos em saúde pública, tendo em vista ser medida de baixíssimo custo e que promove de maneira eficaz

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Xavier HT, Izar MC, Faria Neto J R, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, Fonseca F. Prevenção da Aterosclerose em crianças e a adolescentes.2013.

Carvalho DF, Paiva ADA, Melo ASO, Ramos AT, Medeiros JS, Medeiros CCM et al. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes. *Rev. Bras. Epidemiol* 2007; 10: 491-8.

Marina RM, Emil K, Rita CB, Souza LC. Para a aterosclerose em crianças e adolescentes.2010;42(3):191-195.

Neto ODA, Silva RCR, Assis AMO, Pinto EJ. Fatores associados à dislipidemia em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia. *Rev. bras. Epidemiol.* [Online]. 2012, vol.15(2):335-345

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento/ Ministério da Saúde/Cadernos de Atenção Básica, Nº 33 .2013; p:144-145.

Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad. Saúde Pública* 2003; S19: 47-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n.32)

CAMINHA, M. F. C. et al. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. In: *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, pag. 2245-2250, 2011. S

GUIMARÃES, F. S.; PRATES, C. S. Consulta ao binômio mãe - bebê. *Revista Logos, Canoas*, v.17, n.1, p.103-112, 2006.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto contexto – Enferm.* 2006; 15(2): 320-5.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária: fragilidades x potencialidades. Ciências & Cuidados da Saúde, v.9, n.3, p.569-576, jul. /Set. 2010

(Lagoa Santana, 2013. 35f.monografia, Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SAVASSI, L. C. M; et al. Relatório do GESF: Módulo visita domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte:AMMFC, 2006.Disponível em: Acesso em: 10 de set. de 2008.

Lacaz, F. A. C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciência e Saúde coletiva, 5 (1), 151-161.

SAVASSI, L. C. M; et al. Relatório do GESF: Módulo visita domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte:AMMFC, 2006.Disponível em:<<http://www.smmfc.org.br/gesf/relatoriavd> (Relatório, 20p) > Acesso em: 10 de set. de 2008

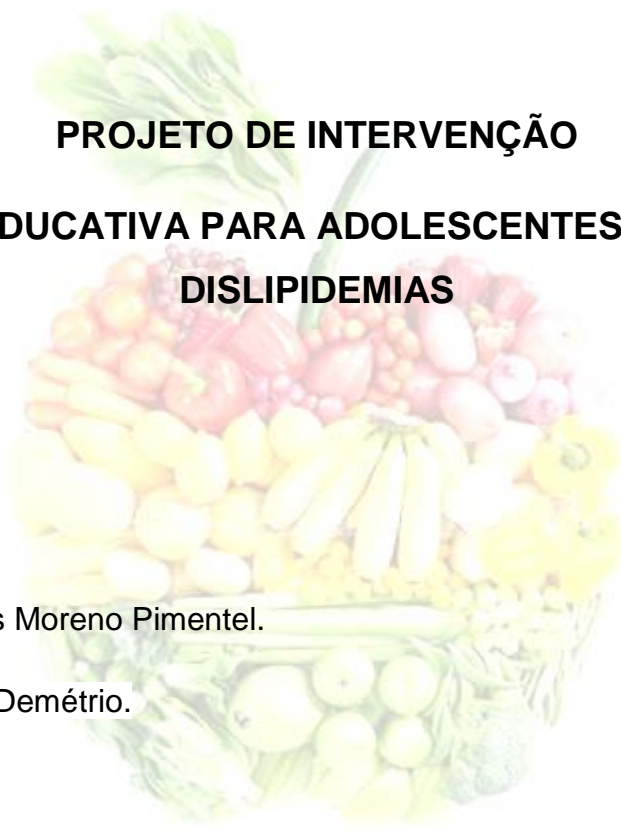


UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO
ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES COM RISCO DE
DISLIPIDEMIAS

Autor: Dra. Marielys Moreno Pimentel.

Orientador: Daniel Demétrio.



k5734863 fotosearch.com.br

Porto Alegre

Fevereiro 2017

Resumo

O presente projeto de intervenção tem como foco a prevenção das dislipidemias em adolescente dela ESF Novo Dorado do município Eldorado dos Carajás, estado Pará, para assim evitar complicações cardiovasculares quando sejam adultos. Para isso as ações da UBS de caráter educativo e preventivo, com equipe multiprofissional devem ser priorizadas. O objetivo do trabalho foi propor um plano para realizar um processo de intervenção educativa para a prevenção das dislipidemias em adolescentes. Primeiramente realizou se o diagnostico situacional de saúde na unidade, através dele foram levantados dados através de fichas dos usuários e o problema encontrado e priorizado foi o grande número de adolescente com dislipidemia. Os profissionais da saúde devem ter suas ações pautadas para a conscientização dos usuários sobre uma boa alimentação e desta forma inserir o usuário em seus cuidados continuamente.

Palavras Chaves: Adolescentes, ações preventivas, dislipidemias.



Sumário

1.Introdução

1.1. Identificação e apresentação do problema2

1.2. Justificativa da intervenção.....4

2.Objetivos

2.1. Objetivo geral..... 5

2.2. Objetivos específicos.....5

3.Revisão da literatura.....6

4. Metodologia.....12

4.1. Cenário do estudo12

4.2. Sujeito da intervenção (público alvo)13

4.3. Estratégias e ações13

4.4. Avaliação e monitoramento13

5.Cronograma.....15

6.Recursos.....16

7.Resultados esperados.....17

8.Referências18

9.Anexos.....20

1. INTRODUÇÃO

1.1. Identificação e apresentação do problema.

De acordo com Enes e Slater (2010) a dislipidemia tem sido descrita como um importante problema de saúde pública da atualidade e vem ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial. Sua prevalência aumentou nas últimas décadas em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde anteriormente predominava os problemas relacionados à desnutrição. O aumento da prevalência da dislipidemia em idades cada vez mais precoces tem despertado a preocupação de pesquisadores e profissionais da área de saúde, em razão dos danos e agravos à saúde provocados pelo excesso de peso, tais como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, hiperlipidemias, dentre outras (JOHNSON et al., 2009). A adolescência consiste no período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por intensas mudanças somáticas, psicológicas e sociais, compreendendo a faixa etária dos nove aos dezoito anos de idade. Na fase inicial da adolescência (9 a 13 anos), chamada de puberdade, ocorre o estirão de crescimento, o aumento rápido das secreções de diversos hormônios e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários (maturação sexual). A fase final (14 a 18 anos) caracteriza-se pela desaceleração destes processos (WORLD HEALTH, 1997).^(1,2)

O colesterol é um componente importante na estrutura e funcionamento das células do organismo e além participa na formação de certos tipos de hormonas, sem embargo convierte-se em um problema de saúde quando encontra-se em excesso e sus diversas alterações, daõ conta da maior parte da morbidade mortalidade pelas doenças cerebro cardiovasculares. A dislipidemia é caracterizada pela presença de níveis elevados de colesterol no sangue. As anormalidades nos lipídios e lipoproteínas são extremamente comuns na população geral e são consideradas um fator de risco altamente modificável para doenças cardiovasculares, devido à influência do colesterol, uma das substâncias lipídicas mais relevantes na aterosclerose.^(1,2)

Estudos pontuais têm apresentado altas prevalências de dislipidemia, oscilando entre 3,1% e 46,5%, em crianças e adolescentes de algumas regiões do Brasil.⁽³⁾ As prevalências de dislipidemias são geograficamente variáveis, dependendo

dos hábitos dietéticos culturais ou adquiridos e do estilo de vida das diferentes populações. Deve-se destacar que uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento, que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida. ^(3,4)

No que diz respeito às complicações, várias podem ocorrer a longo prazo. Quando existe um excesso de colesterol e triglicérides na concentração do sangue circulante (dislipidemia), pode ocorrer o aparecimento da aterosclerose, que é uma doença caracterizada pelo acúmulo de placas de gordura (ateromas) na parede das artérias e que infelizmente é umas das principais causas de morte no Brasil. ^(5,6)

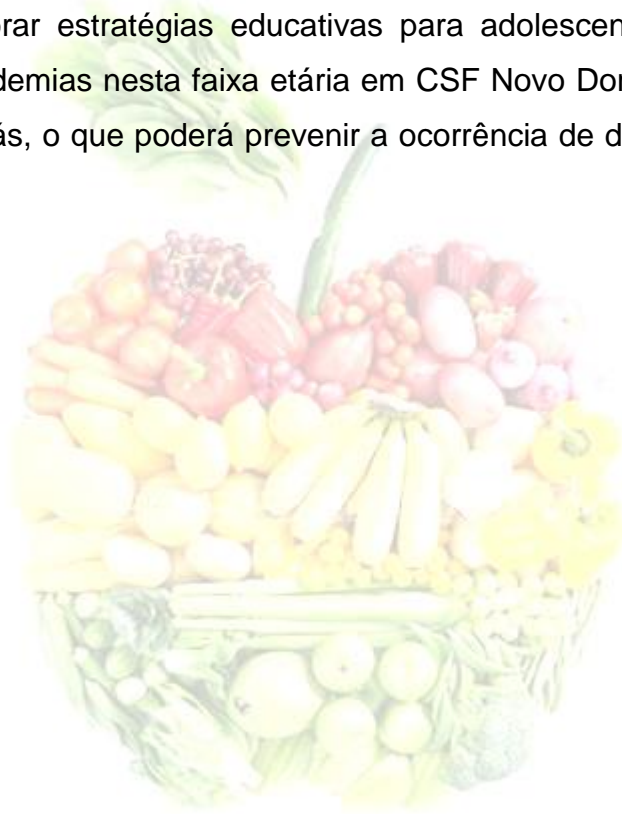
No Centro de Saúde da Família (CSF) Novo Dorado do município de Eldorado dos Carajás Estado de Pará, a dislipidemia é uma problemática encontrada nesta área de saúde, porque tem associados outros fatores como a obesidade, estilos de vida inadequados, história familiar, que a tornam mais alarmante nesta área. A importância deste projeto de intervenção na comunidade está ligada, especialmente, a possibilidade de um diagnóstico precoce e prevenção em adolescentes para este tipo de doença. Espera-se alcançar benefícios ao atingir mudanças no estilo de vida, adquiridas através de maior conhecimento sobre o processo saúde/doença.

Em discussão com equipe de trabalho do CSF Novo Dorado, chegou-se à conclusão que a dislipidemia em adolescentes é uma doença, que por sua alta incidência, apresenta os critérios para um processo de intervenção educativa, que poderá reduzir a carga de uma doença cardiovascular futura.

1.2. Justificativa da intervenção.

A prevalência de adolescentes com dislipidemia no Brasil é grande. Estudos mostram a preocupação com a saúde das crianças no futuro. Como torna-se mais fácil prevenir a dislipidemia com início na infância, propõe-se uma intervenção com foco no crescimento/desenvolvimento.

Considerando a importância deste tema para a saúde pública, o objetivo deste trabalho será elaborar estratégias educativas para adolescentes, considerando o aumento das dislipidemias nesta faixa etária em CSF Novo Dorado no município de Eldorado dos Carajás, o que poderá prevenir a ocorrência de doenças coronarianas na vida adulta.



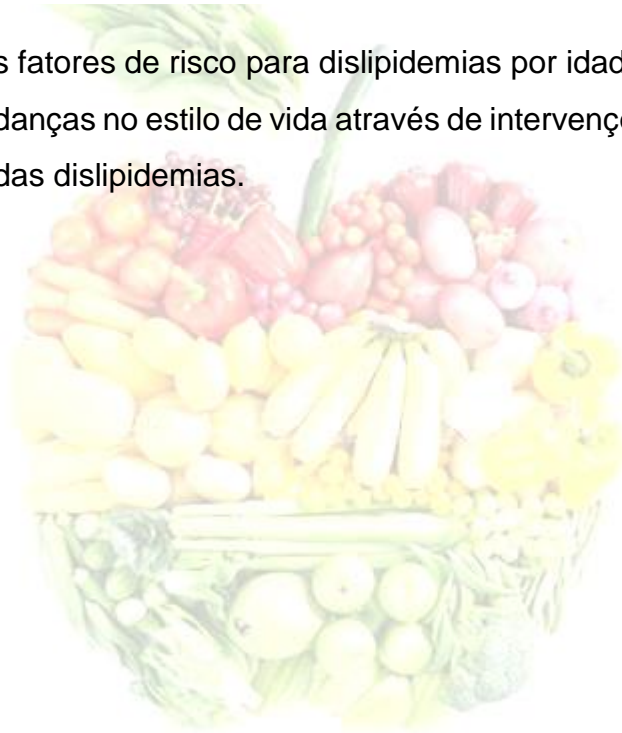
2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

- Realizar um processo de intervenção educativa para a prevenção das dislipidemias em adolescentes.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar os fatores de risco para dislipidemias por idade e sexo.
- Estimular mudanças no estilo de vida através de intervenções que encaminhem a prevenção das dislipidemias.



3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A dislipidemia pode estar relacionada aos fatores ambientais associados ao estilo de vida, entre os quais se incluem, principalmente, os hábitos alimentares inadequados e a falta de atividade física. O aumento do consumo de alimentos industrializados, da alimentação fora de casa e da substituição das refeições tradicionais pelos lanches são fatores diretamente ligados a estas situações. O padrão alimentar do brasileiro apresenta características do estilo da vida moderna. Em relação às bebidas açucaradas como refrigerantes, sucos artificiais, foi observada uma ingestão regular excessiva de cinco vezes por semana. Essas mudanças levam ao consumo de produtos de alta densidade de energia, como os ricos em gordura e carboidratos simples, em detrimento das fontes de fibras, representadas pelas frutas e vegetais, os quais possuem menos calorias e melhor qualidade. Destaca-se, por sua vez, a influência da dieta tradicional brasileira (a base do feijão com arroz) como protetores dos fatores associados a dislipidemia. Corroborado por XAVIER HT, BACK G, (2013). ^(1,8)

A dislipidemia é caracterizada pela presença de níveis elevados de colesterol no sangue. As anormalidades nos lipídios e lipoproteínas são extremamente comuns na população geral e são consideradas um fator de risco altamente modificável para doenças cardiovasculares, devido à influência do colesterol, uma das substâncias lipídicas mais relevantes na aterosclerose. ^(1,2) Estudos pontuais têm apresentado altas prevalências de dislipidemia, oscilando entre 3,1% e 46,5%, em crianças e adolescentes de algumas regiões do Brasil. ^(6,7,8) O Diagnóstico precoce, manejo e acompanhamento do controle do paciente com dislipidemia na APS, têm se mostrado eficazes na redução das complicações crônicas e diminuição da morbimortalidade. As dislipidemias são caracterizadas por um distúrbio no metabolismo lipídico, e são uma das maiores responsáveis pelas doenças cardiovasculares, como aterosclerose (MARINA RM, EMIL K, 2014). Os lipídeos são transportados do tecido de origem para os tecidos nos quais serão armazenados ou consumidos através de lipoproteínas. Estas são formadas por um núcleo central de lipídeos hidrofóbicos (como os TG e os ésteres de colesterol) que é envolvido por fosfolipídios polares, colesterol livre e apo lipoproteínas. As lipoproteínas são classificadas, de acordo com sua densidade, em: HDL, LDL, VLDL e quilomícrons, que estão representadas na figura 2. HDL e LDL são

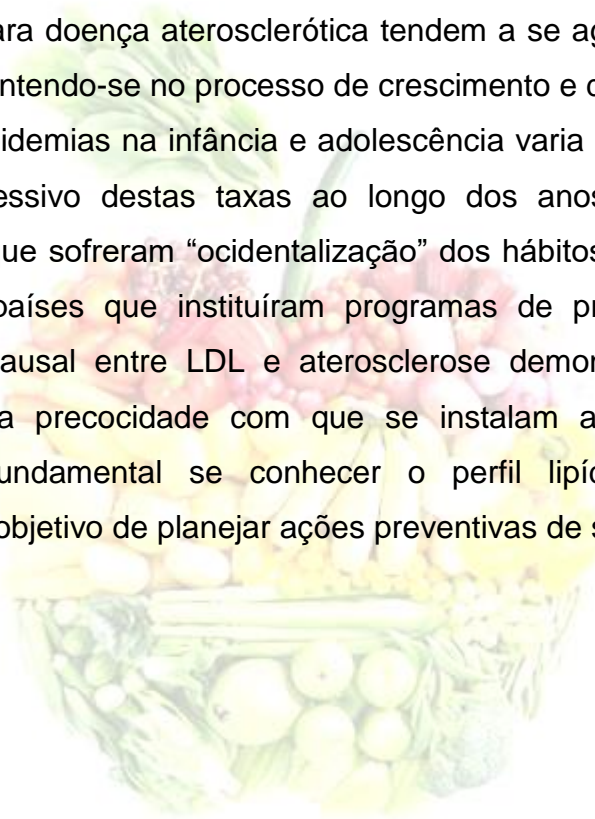
ricas em colesterol, enquanto VLDL e quilomícrons são ricas em TG. Há ainda a intermediary density lipoproteína (IDL) e a lipoproteína (a) [Lp(a)], que é formada pela ligação de LDL com a apo lipoproteína A (APOA). A função fisiológica da Lp(a) ainda não é conhecida, mas estudos mostram associação com a aterosclerose (NETO ODA; SILVA RCR, 2011; RANG et al., 2012; XAVIER et al., 2013) ^(6,7,8).

As dislipidemias são classificadas de acordo com o tipo de lipídeo alterado em hipertrigliceridemia isolada (valores aumentados de TG), hipercolesterolemia isolada (valores aumentados de colesterol), hiperlipidemia mista (valores aumentados de colesterol e TG) e HDL-C baixo (que pode estar associada a aumento do colesterol e/ou dos TG) (XAVIER et al., 2013). ^(6,7,8) A medição do LDL-C é a forma mais usada na prática clínica para mensurar o risco cardiovascular, e é realizada geralmente através da fórmula de Friedewald ($LDL-C = CT - HDL-C - TG/5$, onde TG/5 representa o colesterol ligado à VLDL) (XAVIER et al., 2013; JUNG; CHOI, 2014). Entretanto, como a fórmula é baseada na medição de diversos parâmetros, a sua acurácia depende da precisão desses valores. Então, para que sejam obtidos resultados mais confiáveis, foram desenvolvidos novos métodos para medição do LDL-C, como ensaios homogêneos baseados em detergentes seletivos que separam quilomícrons, VLDL e HDL de LDL (PEGOLO; 2010 apud JUNG; RITA CB, 2014) e um ensaio homogêneo para medida das pequenas e densas partículas de LDL (ITO et al., 2011 apud JUNG; CHOI, 2014). A APOB é um ótimo indicador das lipoproteínas aterogênicas no plasma, já que cada partícula de LDL, IDL e VLDL contém apenas uma partícula de APOB. Dessa forma, a medição das partículas de APOB deveria ser incluída nos testes laboratoriais em indivíduos com risco de doença arterial coronária, o que é particularmente importante no caso de LDLs pequenas e densas. É um bom método imunológico, de fácil análise em aparelhos convencionais e não necessita de jejum (XAVIER et al., 2013). O diagnóstico de dislipidemias na população pediátrica é especialmente importante, pois há um grande risco de complicações cardiovasculares em idade precoce (ARAÚJO EC. Rev. Panamericana de Saúde Publica et al., 2007 apud RODRIGUEZ MARIN et al., 2009a). Nesse diagnóstico podem ser utilizadas medidas antropométricas simples, como mostra o estudo realizado por Leite et al. (2009a), em que foi encontrada correlação positiva entre CA e IMC com os TG e negativa com HDL-C. Com o diagnóstico precoce, podem ser tomadas medidas preventivas e terapêuticas para que o risco cardiovascular seja

reduzido (BACK G et al., 2008a). A princípio, a recomendação às crianças dislipidêmicas é uma alimentação mais saudável e realização de atividades físicas. Caso essa mudança no estilo de vida não seja suficiente para que os níveis lipídicos alcancem os valores recomendados, pode ser indicado o uso de drogas hipolipemiantes quando houver: a) dislipidemia familiar com níveis de LDL-C > 190 mg/dl; b) antecedentes familiares de aterosclerose prematura ou, no mínimo dois ou mais fatores de risco, com LDL-C > 160 mg/dl; c) manifestação de aterosclerose, com LDL-C > 130 mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1996). O perfil lipídico pode ser melhorado através de exercícios físicos, como mostra o estudo realizado por Milano et al. (2013). Após uma intervenção física de 12 semanas com 24 adolescentes obesos e 51 eutróficos, foi observada redução no IMC, circunferência abdominal (CA), porcentagem de gordura, PAS, PAD, TG, nível de glicose 120 minutos após ingestão de glicose com água (Gli 120), insulina, INS 120, e aumento do volume máximo de oxigênio (VO₂máx) (XAVIER et al., 2013). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Leite et al. (2009b), onde foram analisados os efeitos de exercícios físicos e orientação nutricional na composição corporal, aptidão física, perfil lipídico e resistência insulínica entre adolescentes obesos com e sem síndrome metabólica. Em ambos grupos, após a intervenção, houve redução da massa corporal, IMC escore-Z, CA, massa gorda, TG e aumento na estatura, HDL-C e VO₂pico (LEITE et al., 2009b). Geralmente, os efeitos mais significativos do exercício físico são nos níveis de HDL-C e TG. Pode não haver mudança no nível total de colesterol e de frações do LDL-C, mas pode haver mudança na qualidade das subfrações do LDL-C, como aumento dos níveis de partículas grandes de LDL e diminuição dos níveis de partículas pequenas de LDL (ARAUJO EC et al., 2007 apud LEITE et al., 2009b). As crianças requerem uma atenção especial, pois, segundo a OMS, mais de 40 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade estavam acima do peso em 2011. Nos EUA, em 2012, aproximadamente 17% (12,5 milhões) das crianças e adolescentes eram obesos. Foi observado um rápido aumento na obesidade e excesso de peso entre crianças com menos de cinco anos: 60% de 1990 a 2010, com um aumento estimado de 9% de 2010 para 2020, sendo que o aumento mais notável ocorre nos países de baixa e média renda (MARINA RM et al., 2014). A tecnologia presente no nosso dia a dia é um dos principais motivos pelos quais as crianças e adolescentes dedicam menos tempo a atividades físicas, já

que geralmente preferem um lazer passivo, como televisão, computador e videogame, a um lazer ativo (como pular corda e andar de bicicleta). Quando a criança é obesa, haverá maior risco de obesidade, morte prematura e incapacidade na sua vida adulta, sendo que aproximadamente 70% das crianças e adolescentes obesos tornam-se adultos obesos (BACK G, 2008). Além disso, outros problemas podem ocorrer ainda na infância, como dificuldades respiratórias, aumento no risco de fraturas, hipertensão, marcadores precoces da doença cardiovascular, resistência à insulina e efeitos psicológicos. Analisando-se separadamente as regiões do Brasil, verificou-se que os maiores percentuais de crianças com dislipidemias encontravam-se no Sudeste, Sul e Centro-oeste (de 32% a 40%, enquanto no Norte e Nordeste oscilou de 25% a 30%). Em todas as regiões, as taxas foram maiores na área urbana do que na área rural. Com relação à renda familiar, a prevalência aumentou de acordo com a renda (IBGE, 2010). Os maiores índices foram encontrados na população masculina e no grupo de 10 a 11 anos. O ambiente alimentar em que a criança ou adolescente está envolvido também colabora com o desenvolvimento da dislipidemia, como mostra o estudo realizado por Cetateanu e Jones (2014), em que foi verificada a prevalência de dislipidemias em crianças inglesas com o ambiente alimentar a que estão submetidas. Foi visto que os índices são maiores em locais de baixa renda, onde há maior quantidade de restaurantes com comidas que não são saudáveis, como fast-food (o que é conhecido como “paradoxo obesidade-fome”) (RITA CB, 2014). Os autores acreditam que esses resultados podem ser aplicados a outros países desenvolvidos, e sugerem que devem ser adotadas medidas para reduzir a quantidade de restaurantes fast-food, aumentar as opções de comidas mais saudáveis, e aumentar os espaços destinados à atividade física. As dislipidemias podem ser primárias ou secundárias. A forma primária ocorre devido a uma combinação de dieta e genética (NEUMAN AICP 2012), enquanto a dislipidemia secundária pode ocorrer devido a outras condições, como obesidade, diabetes mellitus, alcoolismo, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo, doença hepática e administração de fármacos. Estudos familiares e com gêmeos mostram que os fatores genéticos são responsáveis por 40% a 80% da variação populacional nos níveis de LDL-C (FENGER et al., 2008 apud SHEN et al., 2010). Existem algumas formas raras de hipercolesterolemia monogênica (como a hipercolesterolemia familiar (HF), em que a principal causa é uma mutação no gene

que codifica o receptor de LDL, e o defeito familiar do apo lipoproteína B-100) (PEGOLO DE et al., 2010), mas geralmente tal variabilidade nos níveis de LDL-C ocorre devido à interação entre fatores ambientais e diversos genes. Entre esses genes encontra-se o gene APOB 100. Estudos observacionais mostram que os níveis de colesterol em crianças se associam diretamente à prevalência de doença coronariana nos adultos da mesma região^{9,10}. Isto pode ser explicado pelo fenômeno de trilha (tracking) apresentado pelos níveis de lipídeos durante o crescimento e desenvolvimento, no qual há uma forte tendência para que as crianças se mantenham nos mesmos percentis de colesterol até a vida adulta¹¹⁻¹⁶. Somado a estes dados, os fatores de risco para doença aterosclerótica tendem a se agrupar nos indivíduos (clustering effect), mantendo-se no processo de crescimento e desenvolvimento¹⁷. A prevalência das dislipidemias na infância e adolescência varia entre 24 e 33%¹⁸⁻²² com aumento progressivo destas taxas ao longo dos anos em alguns países (principalmente nos que sofreram “ocidentalização” dos hábitos)^{23,24} e decréscimo principalmente nos países que instituíram programas de prevenção²⁵. Dada a importante relação causal entre LDL e aterosclerose demonstrada em recentes ensaios clínicos, e a precocidade com que se instalam as lesões vasculares ateroscleróticas é fundamental se conhecer o perfil lipídico de crianças e adolescentes, com o objetivo de planejar ações preventivas de saúde. ^(9,10,11).



4. METODOLOGIA

4.1. Cenário de estudo

Trata-se de um projeto de intervenção no município Eldorado dos Carajás o qual está localizado na região sul do estado Pará e fica a 600 Km de distância da cidade de Belém, Capital do Estado de Pará. O projeto de intervenção será desenvolvido no CSF Novo Dorado, localizado no km 100 em Eldorado dos Carajás-PA.

Os atendimentos oferecidos incluem prevenção, promoção e recuperação na atenção à saúde e organizam-se para propiciar um atendimento integral e humanizado à população, vinculados aos programas do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os serviços que dispõe, estão visitas domiciliares, consultas médicas, consultas de enfermagem, farmácia, coletas de exames laboratoriais, pediatria, clínica geral, auxiliar de farmácia.

4.2. Sujeitos da intervenção

A amostra será de 80 pacientes, sendo atendidos por ordem de chegada, para que possam ser avaliados para intervenção, no mesmo dia de sua consulta previamente agendada. A amostra será constituída por indivíduos portadores de dislipidemia de ambos sexos, cadastrados no CSF, com condições cognitivas e psíquicas para responder as perguntas da entrevista e que não tenham participado de outros grupos, para que não haja interferências nos dados coletados e que concordem em participar da pesquisa. Os profissionais envolvidos equipe multidisciplinares (médico, enfermeira, nutricionista).

4.3. Estratégia e ações

Serão realizados três encontros/sessões, com duração de duas horas cada uma. Na primeira sessão, os participantes irão responder a um questionário específico estruturado (Anexo 01) e em seguida, será realizada uma contextualização dinâmica, definida por estratégias, jogos e atividades que incentivam a comunicação e a ação dos membros de um grupo, para esclarecer, facilitar e elaborar o processo grupal. A segunda reunião será organizada por aulas com interação dos pacientes para discutir

o assunto. Será utilizada mídia audiovisual como PowerPoint e também panfletos, impressões, oferecendo aos participantes uma série de materiais educativos para a orientação sobre a importância de hábitos e estilos de vida saudáveis, para prevenção da dislipidemia. Na última reunião será reaplicado o questionário para avaliar a mudança de conhecimento dos participantes (Anexo 02).

4.4. Avaliação e monitoramento

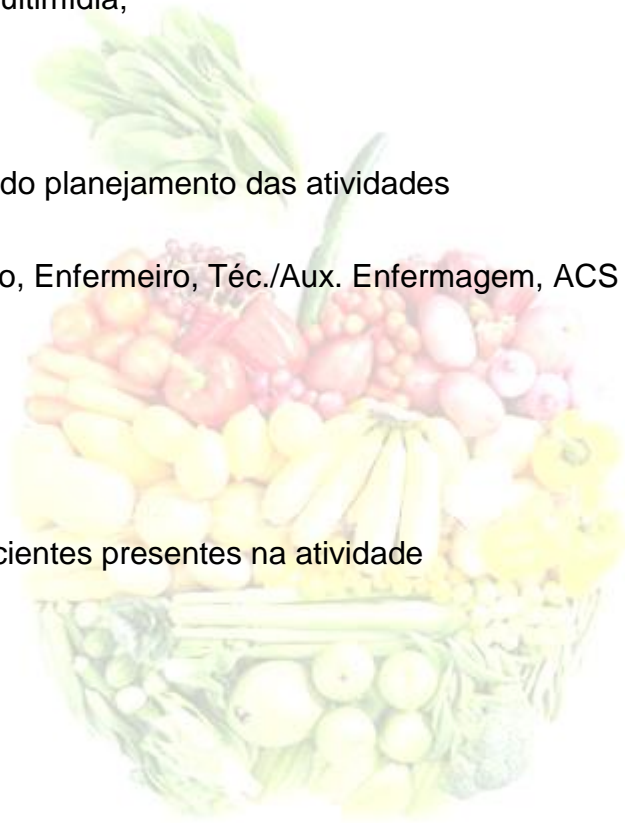
Os dados serão analisados através de estatística descritiva, já que a amostra será homogênea. A supervisão e monitoramento após a Intervenção educativa serão feitas através de consultas, com objetivo de seguimento/acompanhamento e por meio de perguntas em consultas agendadas, com o propósito de avaliar a repercussão da intervenção e as mudanças no comportamento de seu estilo de vida.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
2017					
Elaboração do projeto	X	X	X	X	
Aprovação do Projeto					X
Estudo da literatura	X	X	X	X	
Coleta de dados	X	X	X	X	
Discussão e análise dos Resultados					X
Revisão final					X
Entrega e apresentação					X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS:

- Sala para realização de grupos
- Balança
- Esfigmomanometro digital
- Requisição para exames laboratoriais
- Equipamento de multimídia;
- Caneta
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc./Aux. Enfermagem, ACS
- Folha
- Revistas
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade



7. RESULTADOS ESPERADOS

- Que os pacientes participantes modifiquem os seus conhecimentos acerca da dislipidemia.
- Que a maioria deles adotem hábitos e estilos de vida saudáveis, obtenha uma melhor adesão ao tratamento e um maior controle sobre a doença.
- Um incremento na percepção do risco e adoção de medidas preventivas.



k5734863 fotosearch.com.br

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto J R, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, Fonseca F. Prevenção da Aterosclerose em crianças e a adolescentes.2013.
2. Carvalho DF, Paiva ADA, Melo ASO, Ramos AT, Medeiros JS, Medeiros CCM et al. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes. *Rev. Bras. Epidemiol* 2007; 10: 491-8.
3. Marina RM, Emil K, Rita CB, Souza LC. Para a aterosclerose em crianças e adolescentes.2010;42(3):191-195.
4. Neto ODA, Silva RCR, Assis AMO, Pinto EJ. Fatores associados à dislipidemia em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia. *Rev. bras. Epidemiol.* [Online]. 2012, vol.15(2):335-345
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento/ Ministério da Saúde/Cadernos de Atenção Básica, Nº 33 .2013; p:144-145.
6. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad. Saúde Pública* 2003; S19: 47-53.
7. Neumann AICP, Martins IS, Marcopito LF, Araújo EAC. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. *Rev. Pan-americana de Saúde Pública* 2007; 22: 329-39.
8. Back G. Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101.Revisões e ensaios 2008; 29(4):275-285.
9. Pegolo DE. Rastreamento dos fatores de risco para síndrome metabólica em adolescentes eutróficos e com excesso de peso. Tese (Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2010.

10. Jimenez S Gay. J. Materno infantil. Nutritivo Vigilância, Instituto de Nutrição e Higiene Alimentar. MINSAP. 2011.

11. Rodriguez Marin, J. Promoção de saúde e prevenção de doenças, estilo de vida e saúde. Psicologia Social. Madrid, Ed - Sínteses 2012.



k5734863 fotosearch.com.br

9. ANEXOS.

Anexo 01: Questionário de avaliação da intervenção educativa sobre a prevenção das dislipidemias. Marcar Sim ou Não.

1. Indique seu sexo. Masculino/Feminino.

2. Normalmente, você consegue executar qualquer uma das refeições com a sua família?

Sim /Não

3. Você faz uma única refeição?

Sim/ Não

4. Compra ou ajuda a comprar comida para sua família?

Sim/ Não

5. Você participa em algum momento do preparo das refeições em casa?

Sim/ Não

6. Você come ou bebe alimentos que você vê em anúncios?

Sim/ Não

7. Você conhece quais são os principais fatores de risco de dislipidemia?

k5734863 fotosearch.com.br

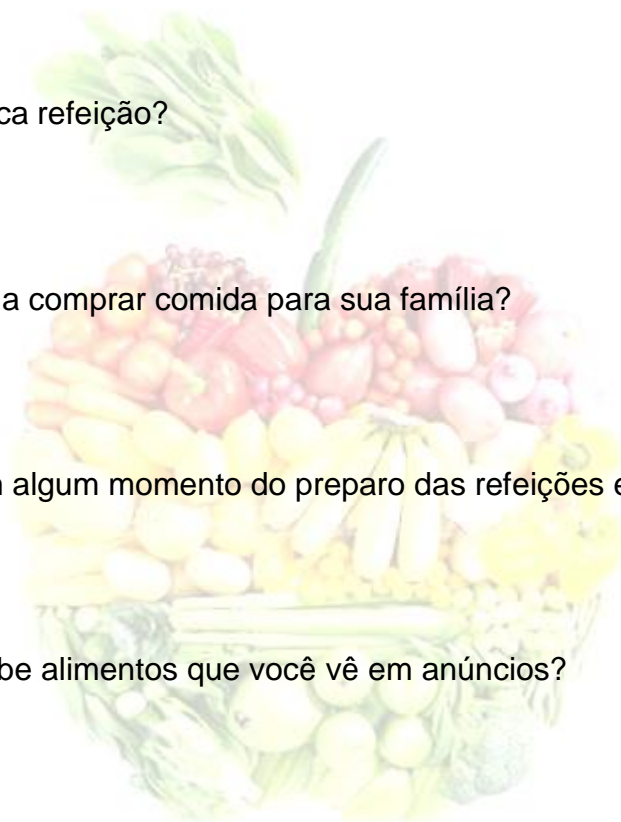
Sim/ Não

8. Você sabe o que significa dieta equilibrada?

Sim /Não

9. Alguma vez você já foi informado quais os alimentos são os mais saudáveis?

Sim /Não



10. Você está preocupado com a qualidade/quantidade de sua alimentação?

Sim /Não

11. Você sabe o que é a pirâmide alimentar?

Sim/ Não

12. Você sabe o que são as tabelas de composição de alimentos?

Sim /Não

13. Você considera o hambúrguer, a pizza e similares como refeições?

Sim/ Não

14. Gostaria de desenvolver um plano nutricional para melhorar a sua dieta?

Sim /Não

Anexo 02: Avaliação da atividade/intervenção.

Marcar Sim ou Não.

1. Indique seu sexo. Masculino/Feminino.

2. Normalmente, você consegue executar qualquer uma das refeições com a sua família?

Sim /Não

k5734863 fotosearch.com.br

3. Você faz uma única refeição?

Sim/ Não

4. Compra ou ajuda a comprar comida para sua família?

Sim/ Não

5. Você participa em algum momento do preparo das refeições em casa?

Sim/ Não

6. Você come ou bebe alimentos que você vê em anúncios?

Sim/ Não

7. Você conhece quais são os principais fatores de risco de dislipidemia?

Sim/ Não

8. Você sabe o que significa dieta equilibrada?

Sim /Não

9. Alguma vez você já foi informado quais os alimentos são os mais saudáveis?

Sim /Não

10. Você está preocupado com a qualidade/quantidade de sua alimentação?

Sim /Não

11. Você sabe o que é a pirâmide alimentar?

Sim/ Não

12. Você sabe o que são as tabelas de composição de alimentos?

Sim /Não

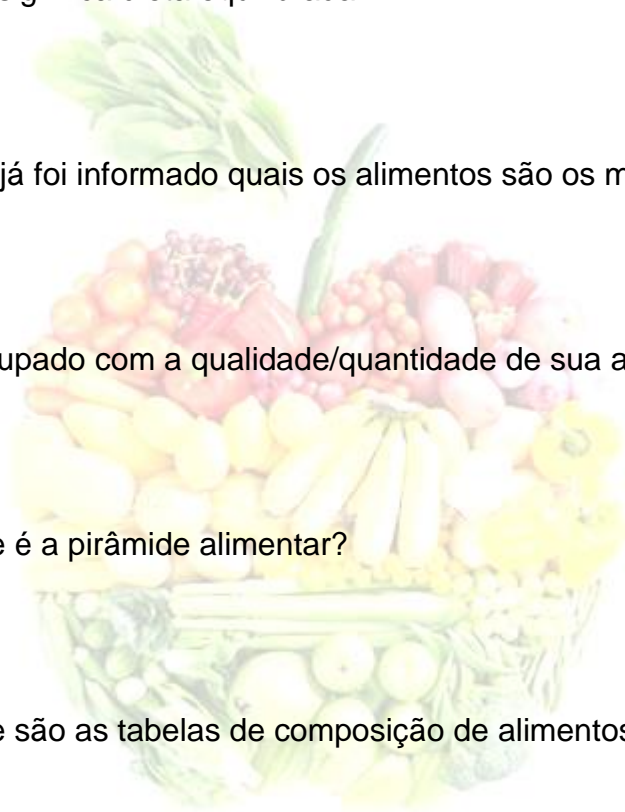
13. Você considera o hambúrguer, a pizza e similares como refeições?

Sim/ Não

14. Gostaria de desenvolver um plano nutricional para melhorar a sua dieta?

Sim /Não

15. As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você? Sim/ Não
Qual?



k5734863 fotosearch.com.br

16. Em sua opinião, quais foram os pontos positivos do trabalho? E os negativos?

17. Além do que foi proposto nas ações da unidade, você gostaria de realizar outras atividades? Quais?



k5734863 fotosearch.com.br