

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
OBESIDADE E DISLIPIDEMIAS EM MULHERES ADULTAS DE UMA
COMUNIDADE RURAL DO MUNICÍPIO DE CODÓ-MA**

**PROPOSED INTERVENTION FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF
OBESITY AND DYSLIPIDEMIAS IN ADULT WOMEN FROM A RURAL
COMMUNITY IN THE CITY OF CODÓ-MA**

Silvinha da Silva Borges¹

Maria do Amparo Salmito Cavalcanti²

1-Autor-correspondente: Médica. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde de Codó-MA.

2-Orientadora. Doutorado em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é professor titular da Faculdade de Saúde Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí e da Universidade Federal do Piauí.

RESUMO

Introdução: A obesidade apresenta-se como um grave problema de saúde pública, sendo considerada um fator de risco e, ao mesmo tempo, uma doença crônica. Ao passo que a dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos de lipídeos. **Objetivos:** Desenvolver uma proposta de intervenção para prevenção e tratamento da obesidade e dislipidemias em mulheres adultas de uma comunidade rural na unidade básica de saúde Procópio de Araújo Silva do município de Codó-MA. **Métodos:** Trata-se de um projeto de intervenção, em que nas consultas médicas e de enfermagem as mulheres serão avaliadas em relação as suas medidas antropométricas, conforme o índice de massa corpórea, sendo que aquelas que forem identificadas com algum grau de obesidade serão encaminhadas para a consulta com o nutricionista. Ademais, essas mulheres serão orientadas quanto a importância da prática de atividade física e da dieta saudável. Serão realizadas ações de educação em saúde para as mulheres adultas em relação ao ganho de peso, alimentação saudável e prática de atividade física. Além disso, ocorrerá o desenvolvimento de quatro grupos educativos, sempre antes da consulta médica, na própria UBS e com duração máxima de 40 min. Esses grupos serão realizados a cada 15 dias, com alternância do profissional responsável. **Conclusão:** Por fim, o monitoramento e avaliação das ações programadas serão realizados pela médica e pela enfermeira da equipe, sendo que os possíveis problemas serão repassados em reunião.

Palavras-Chave: Obesidade. Dislipidemias. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Obesity presents itself as a serious public health problem, being considered a risk factor and, at the same time, a chronic disease. Dyslipidemia is defined as a disorder that changes serum lipid levels. **Objectives:** To develop an intervention proposal for the prevention and treatment of obesity and dyslipidemia in adult women from a rural community in the basic health unit Procópio de Araújo Silva in the municipality of Codó-MA. **Methods:** This is an intervention project, in which, in medical and nursing

consultations, women will be evaluated in relation to their anthropometric measurements, according to the body mass index, and those who are identified with some degree of obesity will be referred for consultation with the nutritionist. In addition, these women will be instructed on the importance of physical activity and a healthy diet. Health education actions will be carried out for adult women in relation to weight gain, healthy eating and physical activity. In addition, there will be the development of four educational groups, always before the medical consultation, at the BHU itself and with a maximum duration of 40 min. These groups will be held every 15 days, alternating with the responsible professional. Conclusion: Finally, the monitoring and evaluation of the programmed actions will be carried out by the doctor and the team nurse, and the possible problems will be discussed in a meeting.

Keywords: Obesity. Dyslipidemias. Health promotion.

INTRODUÇÃO

A intervenção será realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Codó-MA. Esse município possui uma área de 4.364,499 km² e sua população foi estimada em 123.116 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020, sendo o sexto município mais populoso do Estado.

A rede de saúde deste município é formada por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital de pequeno porte, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), seis Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 22 Unidades Básicas de Saúde e 22 equipes de saúde da família. Os municípios de referência para à saúde são Caxias, Coroatá e São Luís.

No que se refere aos indicadores de saúde eles subsidiados pela vigilância epidemiológica que fica conectada a secretaria municipal de saúde. Existe uma avaliação interna e em conjunto com as equipes onde é gerado boletins epidemiológicos, são esses dados que direcionam os principais enfoques e abordagens de saúde do município.

Em relação ao perfil epidemiológico do Município, atualmente a doença que está em evidencia é a COVID-19, já foram confirmados 3.073 casos e 67 óbitos. A taxa de Incidência e de Letalidade Específica de COVID-19 é de 53 e de 2,18% respectivamente. Há outras doenças prevalentes como Leishmaniose visceral, Dengue, Sífilis congênita com 53 casos novos para cada uma delas no ano de 2019.

Outra doença em evidência em Codó-MA é a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), em que a taxa de incidência foi de 36,7 em 2018 e 59,4 em 2019. As faixas etárias mais atingidas pelo crescimento são entre as mulheres de 20 a 24

anos e entre os homens de 35 a 39 anos. A falta de prevenção pode ser a principal causa desse aumento. Os casos novos de Tuberculose diminuíram ao longo do tempo, a taxa de Incidência de foi de 73,48 em 2001 e de 24 em 2019. Em relação a taxa de detecção de hanseníase, foi de 71,69 em 2001, 78,95 em 2019. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) está aumentando gradativamente e atingindo pessoas ainda mais jovens.

Em Codó, a taxa de mortalidade proporcional de acidente e de suicídio diminuíram em 2018, porém a taxa de homicídio aumentou. A principal causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se a atendimento ao parto, gravidez, puerpério e doenças respiratórias. Destaca-se também internações por neoplasias, por doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo e causas externas.

Dentre os indicadores de assistência à saúde, destaca-se a cobertura de consultas de pré-natal, houve um aumento da proporção de consultas em 2019 em relação à 2018. Indicando assim, uma significativa melhoria na assistência pré-natal. Já nos primeiros meses de 2020, essa proporção caiu para 20%, pode ser um reflexo da Pandemia de COVID-19, pois algumas mulheres grávidas ficaram com medo de contrair a doença e estão deixando de ir aos postos.

A UBS que será foco da intervenção chama-se Procópio de Araújo Silva, em homenagem ao dono das terras. Essa UBS fica localizada na zona rural do município de Codó-MA. Essa equipe atende pessoas advindas de outros povoados, em média são 20 deles. É uma comunidade carente, constituída basicamente por lavradores, mas muitos recebem o Bolsa família e poucos estão recebendo o auxílio do governo. Residem em suas casas de palha e barro sem nenhuma estrutura, sem janelas e só com portas, sem saneamento básico, usam a água dos igarapés para suas necessidades.

A equipe de saúde desta UBS é formada por uma enfermeira; duas técnica em enfermagem, sendo uma para sala de vacina e outra para sala de procedimentos; dez Agentes comunitários de saúde (ACS); dois auxiliares administrativos, uma recepcionista, uma auxiliar de limpeza e dois agentes de portaria.

A UBS possui uma estrutura física formada por uma sala de espera, um Serviço Médico e Estatístico (SAME), uma sala de curativos e procedimentos, uma farmácia, dois consultórios (um para a médica e outro para enfermeira), uma sala de pesagem para o bolsa família, uma recepção e dois banheiros. Também possui um consultório médico, um de enfermagem e um de odontológico, uma sala de procedimentos, uma sala de vacina, quatro banheiros, uma copa, uma sala para esterilização dos materiais, um almoxarifado, um depósito de lixo e expurgo. Atrás da UBS tem dois dormitórios e

um banheiro. No dormitório feminino, dormem a médica, a enfermeira e as duas técnicas. No dormitório masculino, dormem o assistente administrativo e o motorista. Os demais membros da equipe de saúde dormem em suas casas no próprio povoado.

Levando em consideração os muitos problemas evidenciados nos atendimentos médicos, um que despertou a atenção e justifica ser realizado uma intervenção é a quantidade elevada de mulheres adultas obesas e com dislipidemias. Além disso, existe a ausência de ações de educação em saúde realizadas pela equipe multiprofissional para prevenir a ocorrência e alerta essa população sobre os perigos destas duas enfermidades para a qualidade de vida e saúde. Sendo assim, é intervenção deste estudo desenvolver uma proposta de intervenção para prevenção e tratamento da obesidade e dislipidemias em mulheres adultas de uma comunidade rural.

A obesidade apresenta-se como um grave problema de saúde pública, sendo considerada um fator de risco e, ao mesmo tempo, uma doença crônica (BRASIL, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) estimou que, em 2016, o índice de pessoas com excesso de peso atingiu mais de 1,9 bilhão de adultos, dos quais 650 milhões seriam obesos, correspondendo a 13% da população adulta do mundo. Em relação às crianças menores de 5 anos, a estimativa foi de 41 milhões.

Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2016 mostraram que, no Brasil, 53,8% da população adulta estava com excesso de peso. Esse aumento foi maior entre os homens do que entre as mulheres, na faixa etária entre 35 e 64 anos. A obesidade atingiu 18,9% da população, sendo que, em 2010, era de 15% (BRASIL, 2017).

A obesidade apresenta-se como um agravo de saúde complexo e de difícil enfrentamento devido à sua etiologia multifatorial composta por fatores genéticos, ambientais e socioculturais. O fator genético pode exercer papel expressivo no desequilíbrio energético. Os fatores ambientais são caracterizados, na atualidade, pelo aumento do consumo de alimentos de baixo custo, processados e de alta concentração energética. Somam-se a esses fatores os hábitos culturais e sociais que influenciam no consumo de alimentos inadequados, bem como na inatividade física, resultando no excesso de peso (COSTA et al., 2015).

A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos de lipídeos. A alteração no perfil lipídico pode incluir triglicérides (TG) alto, níveis elevados da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) e baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL-c) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Nesse sentido, intervenções no campo da prevenção e controle da obesidade pressupõem uma abordagem com articulações de dimensões biológicas, socioeconômicas e culturais vivenciadas pelas pessoas em seu cotidiano, em que os atendimentos em nível primário a saúde, promovido pelas equipes de estratégia de saúde da família representa o momento mais oportuno para prevenir sua ocorrência e traçar estratégias interventivas de tratamento, por meio da mudança dos hábitos de vida, tais como alimentação e prática regular de atividade física.

Por conseguinte, esta pesquisa tem como objetivo geral desenvolver uma proposta de intervenção para prevenção e tratamento da obesidade e dislipidemias em mulheres adultas de uma comunidade rural na UBS Procópio de Araújo Silva do município de Codó-MA.

Além disso, essa pesquisa tem como objetivos específicos monitorar o ganho de peso e a obesidade em mulheres adultas, realizar ações educativas o ganho de peso irregular, a obesidade e as dislipidemias para essas mulheres, otimizar melhorias na identificação e tratamento do ganho de peso em excesso, da obesidade e das dislipidemias e articular com os demais serviços de saúde para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que será desenvolvido em uma UBS de uma comunidade rural do Município de Codó-MA no intuito de otimizar a assistência as mulheres adultas obesas, com excesso de peso e dislipidêmicas.

Nas consultas médicas e de enfermagem serão avaliadas em relação as suas medidas antropométricas, conforme o IMC, sendo que aquelas que forem identificadas com algum grau de obesidade serão encaminhadas para a consulta com o nutricionista. Ademais, essas mulheres serão orientadas quanto a importância da prática de atividade física e da dieta saudável.

Serão realizadas ações de educação em saúde para as mulheres adultas em relação ao ganho de peso, alimentação saudável e prática de atividade física. Além disso, ocorrerá o desenvolvimento de quatro grupos educativos, sempre antes da consulta médica, na própria UBS e com duração máxima de 40 min. Esses grupos serão realizados a cada 15 dias, com alternância do profissional responsável.

O primeiro grupo será realizado pelo médico da equipe que tratará da temática sobre os conceitos e implicações do ganho de peso, da obesidade e das dislipidemias.

A segunda palestra será realizada pela enfermeira da equipe com a temática a respeito dos riscos com o ganho de peso, com a obesidade e a dislipidemia.

A terceira palestra será realizada pela nutricionista do NASF que falará sobre alimentação saudável e a quarta palestra será promovida pelo educador físico do NASF que falará a respeito da prática de atividade física, quais exercícios são recomendados, como realizá-los e com que frequência e intensidade.

Como recursos serão utilizados o retroprojetor, aparelho de som com microfone e impressos informativos, sendo que este último será de responsabilidade do palestrante do dia. O monitoramento e avaliação das ações programadas serão realizados pela médica e pela enfermeira da equipe, sendo que os possíveis problemas serão repassados em reunião.

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Mulheres adultas com excesso de peso, dislipidêmicas e obesas com grau de obesidade de acordo com o IMC e ausências de ações educativas nesse seguimento.	Monitorar o ganho de peso e a obesidade em mulheres adultas;	1-Realizar avaliação antropométrica de 100% de mulheres adultas obesas, com excesso de peso e dislipidêmicas/ 3 meses; 2-Orientar 100% das mulheres adultas obesas, com excesso de peso e dislipidêmicas sobre a alimentação e a prática de atividade física/ 3 meses.	Nas consultas médicas e de enfermagem as mulheres adultas obesas, com excesso de peso e dislipidêmicas serão pesadas e medidas para que seja realizado o cálculo do IMC. Serão orientadas sobre a importância de uma alimentação saudável e a prática de atividade física.	1-Médica 2-Enfermeira
	Realizar ações educativas quanto ao ganho de peso irregular, obesidade e a dislipidemias.	Desenvolver ações educativas com a participação de 80% das mulheres adultas obesas, com excesso de peso e dislipidêmicas/ 3 meses	Serão desenvolvidos quatro grupos educativos voltados para mulheres adultas obesas, com excesso de peso e dislipidêmicas.	1-Médica 2-Enfermeira 3-Nutricionista e educador físico do NASF

	Otimizar melhorias na identificação e tratamento do ganho de peso em excesso e da obesidade e dislipidemias em mulheres adultas;	1-Avaliar o peso e o ganho de peso de 100% das mulheres adultas obesas, com excesso de peso e dislipidêmicas / 3 meses 2-Encaminhar 100% das mulheres adultas com excesso de peso, algum grau de obesidade e de dislipidemia / 3 meses	Será tido como padrão durante as consultas realizar avaliação antropométrica e orientações. Aquelas que foram identificadas com excesso de peso, algum grau de obesidade e de dislipidemia serão encaminhadas para a nutricionista.	1-Médica 2-Enfermeira 3-Nutricionista
	Articular com os demais serviços de saúde para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional.	1-Realizar ações educativas em conjunto com a equipe do NASF/3 meses; 2-Encaminhar 100% das mulheres adultas que foram identificadas com algum grau de obesidade para acompanhamento nutricional.	A equipe do NASF será convidada pela médica da UBS a participar das ações programadas com a intervenção. A nutricionista e o educador físico do NASF ficarão responsáveis em realizar uma ação educativa.	1-Médica 2-Enfermeira 3-Nutricionista 4- Educador físico

DISCUSSÃO

DISLIPIDEMIAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

A lipoproteína lipase é responsável pela hidrólise dos quilomícrons e triacilgliceróis. Estas enzimas estão localizadas nos vasos sanguíneos, no músculo e em outros tecidos que usam ácidos graxos como combustível a síntese de gordura. O fígado coleta os resíduos ricos de colesterol, conhecidos como quilomícrons remanescentes (STONE et al., 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016), 40% dos brasileiros têm CT \geq 200 mg/dl e 13% têm CT \geq 240 mg/dl. A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica dependente de diversos fatores e é resposta à agressão endotelial, afetando artérias de médio e grande calibre.

Esta patologia era considerada uma doença degenerativa, de progressão lenta e apresentando sintomas decorrentes de interferências mecânicas no fluxo sanguíneo. Contudo, pesquisas recentes têm mostrado que os componentes celulares e

moleculares do desenvolvimento e da progressão da aterosclerose parecem ser um processo dinâmico, inflamatório e modificável (BORGIO et al., 2019).

É sabido que as dislipidemias, na maioria das vezes, não provocam sintomas, e os indivíduos portadores deste distúrbio metabólico acabam não procurando o SUS com esta finalidade específica (JAMAL, 2017).

A estratificação de risco deve continuar sendo utilizada para discernir os pacientes que poderia mais se beneficiar com a utilização desta medicação, que são aqueles com manifestações clínicas de DIC. Estes apresentam risco elevado de desenvolver um evento coronariano em dez anos, ou seja, acima de 20%, de acordo com o Escore de Risco de Framingham, mesmo sendo assintomáticos (STONE et al., 2014).

Os portadores de formas graves de dislipidemia e que apresentam pequena ou mesmo nenhuma resposta ao uso de hipolipemiantes em doses habituais devem ser encaminhados a centro de referência. Esse tratamento exige monitorização laboratorial intensiva e seguimento clínico mais frequente em virtude da maior incidência de eventos adversos. Em centros de referência, doses elevadas, associação de medicamentos e medidas alternativas podem ser adotadas (aféreses, anastomose ileal parcial, transplante de fígado e terapêutica genética) (SOUSZA et al., 2019).

As dislipidemias podem estar relacionadas com outras doenças (dislipidemias secundárias) ou com a interação entre uma predisposição genética e fatores ambientais. A dislipidemia pode estar associada a outros fatores de risco cardiovascular e apresenta uma associação causal com a aterosclerose. O colesterol é um componente essencial ao desenvolvimento da aterosclerose e, portanto, um fator de risco para as suas diferentes expressões clínicas (doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular isquêmica e outras doenças vasculares) (LIMA et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que a doença cerebrovascular permaneça entre as quatro principais causas de mortalidade até o ano de 2030. A doença pode provocar sequelas permanentes, o que gera necessidade de adaptação familiar, demanda constante do sistema de saúde e custos. O acidente vascular cerebral (AVC) compartilha com as doenças cardiovasculares os fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, obesidade e sedentarismo (TelessaúdeRS/UFRGS, 2016).

O excesso de colesterol no sangue é um dos principais fatores de risco da aterosclerose. Ele está relacionado às doenças cardiovasculares (angina, infarto) e cerebrovasculares (derrame). O risco de doença aterosclerótica coronariana aumenta, significativamente, em pessoas com níveis de colesterol total e LDL acima dos

patamares da normalidade. Para colesterol HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco (HIRAI et al., 2019).

Nos dias atuais, onde predominam o sedentarismo, alimentação abundante em gordura e açúcar, obesidade, estresse e tabagismo – os estudos têm mostrado que as placas de gordura nas artérias começam muito cedo. A estimativa é a de que, aos 20 anos, cerca de 20% das pessoas estarão afetadas de alguma forma. Assim, os eventos finais deste processo, infarto e derrame, são as maiores causas de morte (LOTUFO et al., 2016).

Na Europa, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em homens com mais de 45 anos e em mulheres com mais de 65 anos. Na maioria das regiões mundiais, a proporção de mortes do sexo masculino atribuídas à dislipidemia é ligeiramente superior em relação ao sexo feminino (TOMELERI et al., 2015).

CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias podem ser primárias ou secundárias. As dislipidemias primárias estão relacionadas com fatores genéticos. Já as dislipidemias secundárias estão relacionadas com os hábitos de vida como sedentarismo, alimentação rica em gorduras saturadas e carboidratos, tabagismo, alcoolismo e a às co-morbidades (como diabetes, hipertensão e obesidade) e ao uso de determinados medicamentos (ex. corticosteróides e diuréticos (LENZ et al., 2015).

O excesso de colesterol no sangue é um dos principais fatores de risco da aterosclerose. Ele está relacionado às doenças cardiovasculares (angina, infarto) e cerebrovasculares (derrame). O risco de doença aterosclerótica coronariana aumenta, significativamente, em pessoas com níveis de colesterol total e LDL acima dos patamares da normalidade. Para colesterol HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco. Nos dias atuais – onde predominam o sedentarismo, alimentação abundante em gordura e açúcar, obesidade, estresse e tabagismo (JAMAL, 2017).

Levando em consideração os impactos em decorrência provocados a saúde de mulheres com dislipidemia e obesidade, destaca-se que as UBS são responsáveis pela execução de programas governamentais no nível da Atenção Primária à Saúde (APS), voltados para promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde (COSTA et al., 2015).

Esses serviços de saúde têm o potencial de viabilizar as ações de prevenção e controle da obesidade e das dislipidemias, inclusive promovendo a articulação com

outros equipamentos sociais e de saúde que resultem em atividades que façam sentido para a população, facilitando a adesão às ações propostas (COSTA et al., 2015).

Na classificação genotípica, as dislipidemias se dividem em monogênicas, causadas por mutações em um só gene, e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações que isoladamente não seriam de grande repercussão. A classificação fenotípica ou bioquímica considera os valores do CT, LDL-C, TG e HDL-C: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Em um paciente com dislipidemia, em primeiro lugar, devem ser medidos os parâmetros lipídicos. Na avaliação do risco cardiovascular o perfil lipídico deve incluir o doseamento do colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL e triglicérides. Se os valores se encontrarem dentro dos objetivos terapêuticos definidos para o doente, o farmacêutico deve reforçar os estilos de vida saudáveis e adesão à terapêutica. A nova avaliação deve ser realizada no espaço de 1 ano (SOUZA et al., 2019).

Por outro lado, se os valores encontrados não estiverem dentro dos objetivos terapêuticos, deve-se avaliar a adesão à terapêutica e a segurança e a efetividade dos medicamentos, bem como aconselhar estilos de vida saudáveis. Os valores obtidos na determinação devem ser confirmados no espaço de 15 dias e se se mantiver, o doente deve ser referenciado à consulta médica. A avaliação dos doentes deve ser feita de 6 em 6 semanas até os valores definidos como objetivos terapêuticos serem atingidos (FAVARO et al., 2016).

As dislipidemias podem ser primárias ou secundárias. As dislipidemias primárias estão relacionadas com fatores genéticos. Já as dislipidemias secundárias estão relacionadas com os hábitos de vida como sedentarismo, alimentação rica em gorduras saturadas e carboidratos, tabagismo, alcoolismo e a às co-morbidades (como diabetes, hipertensão e obesidade) e ao uso de determinados medicamentos (ex. corticosteróides e diuréticos (LENZ et al., 2015).

O excesso de colesterol no sangue é um dos principais fatores de risco da aterosclerose. Ele está relacionado às doenças cardiovasculares (angina, infarto) e cerebrovasculares (derrame). O risco de doença aterosclerótica coronariana aumenta, significativamente, em pessoas com níveis de colesterol total e LDL acima dos patamares da normalidade. Para colesterol HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco. Nos dias atuais – onde predominam o sedentarismo, alimentação abundante em gordura e açúcar, obesidade, estresse e tabagismo (JAMAL, 2017).

Levando em consideração os impactos em decorrência provocados a saúde de mulheres com dislipidemia e obesidade, destaca-se que as UBS são responsáveis pela execução de programas governamentais no nível da Atenção Primária à Saúde (APS), voltados para promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde (COSTA et al., 2015).

Esses serviços de saúde têm o potencial de viabilizar as ações de prevenção e controle da obesidade e das dislipidemias, inclusive promovendo a articulação com outros equipamentos sociais e de saúde que resultem em atividades que façam sentido para a população, facilitando a adesão às ações propostas (COSTA et al., 2015).

OBESIDADE: INCIDÊNCIA, ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO

A obesidade é caracterizada como uma doença crônica definida pela OMS desde 1975, que funciona como uma resposta do indivíduo ao ambiente, baseada na sua genética e no comportamento que ele apresenta no decorrer da vida. Tanto o sobrepeso quanto a obesidade são definidos pela Organização Mundial da Saúde (2017) como acúmulo de gordura corporal anormal ou excessiva, que pode ser prejudicial à saúde.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a mesma é classificada como uma doença endócrina, nutricional ou metabólica - E66. Pode ser definida como uma síndrome crônica, dadas as suas poucas possibilidades de cura e configura-se como um problema de saúde pública Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABSO, 2016).

Segundo o estudo nacional da despesa familiar (ENDEF), de 1974-1975, a prevalência de obesidade nos homens foi de 2,8% e nas mulheres de 7,8%, enquanto a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 demonstrou que eram obesos 12,4 e 16,9%, respectivamente. Dessa forma, estima-se que houve um aumento de 4,2 e 2,2 na prevalência de obesidade em homens e em mulheres em um período de 35 anos (BRASIL, 2015).

No Brasil, o percentual de obesos subiu de 11,4% em 2006, para 18% em 2014, e no mesmo período, a proporção de pessoas com excesso de peso avançou de 42,7% para 52,5%. Metade da população brasileira encontra-se com o peso acima do considerado saudável, o que tem fortes implicações à saúde (BRASIL, 2015).

No que diz respeito à faixa etária, identificou-se um aumento na frequência em homens entre 45 e 54 anos de idade, triplicando o valor quando comparado a homens entre 18 e 24 anos. Já no sexo feminino, observou-se o aumento em mais de seis vezes entre 18 e 24 anos e de 55 e 64 anos, diminuindo após este período (ROMON, 2018).

Quanto à etiologia, a obesidade é uma doença complexa, multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilo de vida e fatores emocionais. Um balanço energético positivo, seja por maior ingestão alimentar, ou por gasto energético insuficiente, é visto como um agente causador da obesidade. Diversos fatores são considerados como responsáveis por gerar esse desbalanço, tais como menor gasto metabólico basal (influenciado pela massa magra, por fatores genéticos), sedentarismo ou grande ingestão calórica. Todos eles sofrem influências genéticas (poligênicas) e ambientais (MARIANO et al., 2016).

O desequilíbrio entre a quantidade de energia (calorias) ingerida e consumida, o que globalmente pode ser explicado por um aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, ricos em gordura, sal e açúcar e com baixa quantidade de vitaminas, minerais e outros micronutrientes (SANTOS; SCHERER, 2017).

A quantidade calórica ingerida em excesso acumula-se no organismo em forma de gordura. A esta característica alimentar, adiciona-se uma diminuição das atividades físicas, em uma população mundial sedentária, o que decorre das atuais demandas de trabalho, meios de transporte e urbanização de um modo geral (ROMON, 2018).

Existem três componentes primários no sistema neuroendócrino envolvidos na etiologia da obesidade. O sistema aferente, que envolve a leptina e outros sinais de saciedade e de apetite em curto prazo, a unidade de processamento do sistema nervoso central, e o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, efetores autonômicos, termogênicos que leva ao estoque energético (ROCHA et al., 2015).

Há comprovação da responsabilidade dos genes em exercer controle sobre o apetite, cerca de cinco genes foram identificados para exercer esse papel, e dentre eles está a leptina. A maioria dos obesos apresentam níveis elevados desse gene da leptina, no entanto, nunca foram encontradas mutações na leptina e nem no seu receptor, reforçando a ideia de que há algum mecanismo de resistência envolvido nessa interação entre a leptina e seus respectivos receptores (PINHO et al., 2016).

A obesidade é classificada, segundo o índice de massa corporal (IMC), onde os pacientes com IMC abaixo de 20 possuem deficiência de peso; entre 20 e 24,9 são considerados dentro da normalidade; entre 25 e 29,9 são considerados portadores de sobrepeso; entre 30 e 34,9 de obesidade tipo I; 35 e 39,9, obesidade tipo II e maior que 40, obesidade tipo III, também conhecida como obesidade mórbida (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2018) (TABELA 1).

TABELA 1-Classificação do IMC de acordo com risco para a saúde

IMC (kg/m²)	Classificação	Risco para a saúde
18,0 – 24,9	Peso saudável	Sem risco
25,0 – 29,9	Sobrepeso	Moderado
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I	Alto
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II	Muito Alto
>39,9	Obesidade Grau III*	Extremo

Fonte: Brasil (2018)

TRATAMENTO

Ainda que o combate ao excesso de peso seja possível a partir de adesão a comportamentos simples, e em grande parte das vezes acessíveis à população (alimentação balanceada e exercícios regulares), o mesmo não é fácil e a perda de peso usualmente é vivenciada com dificuldades pelas pessoas. Conforme a OMS (2017), 95% dos obesos fracassam na manutenção do seu programa de emagrecimento e voltam a engordar, formando um quadro pernicioso para a saúde pública a médio e longo prazos.

Desta forma, o tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. Há várias opções de tratamento para a obesidade e o sobrepeso. A restrição do consumo calórico é um dos métodos primordiais e bastante efetivo na perda de peso, alguns pacientes conseguem mudar seus hábitos alimentares por si mesmos, após receber informações adequadas, porém outros, precisam de intervenções que os ajudem, demandando em algumas circunstâncias de farmacoterapia ou cirurgia (NORA et al., 2016).

Especialmente quando o controle de peso visa ao emagrecimento, ganham destaque as dietas restritivas, que em geral são eficazes na redução ponderal em curto prazo. As dietas que restringem a alimentação, independentemente da sua natureza, costumam ter efeitos na redução do peso. No entanto, a avaliação qualitativa e longitudinal destas muitas vezes não é conhecida e não se pode garantir que a redução do peso será mantida (ABSO, 2016).

A escolha do tratamento deve levar em consideração a gravidade do problema e a presença de doenças associadas. Na existência de um IMC maior que 30 ou maior que 25 com comorbidades, ou ainda, na falha em perder peso com redução da ingesta calórica e exercícios físicos, o tratamento farmacológico já é indicado (ABSO, 2016).

Evidências têm demonstrado que o tratamento clínico (que se baseia na mudança do estilo de vida e na terapia farmacológica) para o tratamento de obesidade mórbida, apresenta baixa eficácia em longo prazo (5%). Partindo de tal princípio, a cirurgia bariátrica vem se destacando cada vez mais desde a década passada. Estima-se que o índice de sucesso da cirurgia bariátrica atinja de 90 a 95%, com a manutenção do peso em longo prazo e com a resolução parcial ou total das comorbidades (NORA et al., 2016).

Quando os pacientes, ao realizarem orientações alimentares, programas de exercícios e tratamento farmacológico, não conseguem perder o peso necessário, mostram-se como possibilidade interventiva os procedimentos cirúrgicos. Entre os procedimentos disponíveis, destacam-se os que diminuem a quantidade de alimento que entra ou é absorvido no sistema gastrointestinal por meio de intervenções cirúrgicas que envolvem tanto o estômago quanto o intestino (DAMASO; TOCK, 2015).

Conforme preconiza o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), a cirurgia bariátrica deve ser um último recurso utilizado para a redução de peso, devendo ser fortalecidas as intervenções primárias com incentivo de hábitos saudáveis, principalmente alimentação adequada e prática regular de exercícios físicos (BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

Um proposta de intervenção que vise prevenir e tratar mulheres com excesso de peso ou com dislipidemia é relevante para a qualidade do serviço oferecido pela equipe de saúde Procópio de Araújo Silva do município de Codó-MA, pois até o momento são escassas ações nesse seguimento e a cada dia aumentam os casos.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABSO). **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4.ed. São Paulo, SP. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2015.

BORGOL, M. V. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população de Vitória segundo dados do VIGITEL e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 29, n. 25, p. 12-20, abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.** Ministério da Saúde: Brasília, 2017.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-43, mai. 2015.

FALUDI, A. A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.109, n. 2, supl.1, ago. 2017.

FAVARO, D.T.L. et al. Impact of educational group strategy to improve clinical and glycemic parameters in individuals with diabetes and hypertension. **Investigación y Educación en Enfermería.** v. 34, n. 2, p. 315-22, jun. 2016.

HIRAI, V. H. G. et al. Prevalência de dislipidemia em trabalhadores de uma empresa do setor papelero. **Rev Bras Med Trab.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 54-60, set. 2019.

KOPIN, L.; LOWENSTEIN, C. Dyslipidemia. **Annals of Internal Medicine.** v.167, n.11, p. 81-96, dez. 2017.

JAMAL, S. S. **Impacto da intervenção farmacêutica em doentes com dislipidemia.** Dissertação (Doutorado em Farmácia) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. 90f. 2017.

LENZ, T. L.; STADING, J. A. Lifestyle modification counseling of patients with dyslipidemias by pharmacists and other health professionals. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 45, n.6, p. 709-713, nov-dez. 2015.

LIMA, M. M. **Atenção farmacêutica em pacientes idosos portadores de dislipidemias como fator de prevenção em eventos ateroscleróticos e aterotrombóticos: um estudo piloto.** Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP. 149f. 2014.

LOTUFO, P.A. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of high low-density lipoprotein cholesterol in Brazil: Baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Journal of Clinical Lipidology.** v.10, n.3, p.568-76, mai. 2016.

MARIANO, M^a. L. L. et al. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p., set. 2016.

NORA, C. et al. Gastrectomia vertical e bypass gástrico no tratamento da síndrome metabólica. **Rev. Port. Endocrinol. Diabetes Metab.** v. 11, n. 1, p. 23-9, set. 2016.

PINHO, P. M. et al. Síndrome metabólica e sua relação com escores de risco cardiovascular em adultos com doenças crônicas não transmissíveis. **Rev Soc Bras Clin Med.** São Paulo, v. 12, n. 1, p. 22-30, set. 2015.

ROCHA, H. M. et al. Interface Entre Obesos Severos e Atividade Laboral Relacionada a Alimentos. **Iniciação Científica CESUMAR**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-80, jan-mar. 2015

ROMON, M. Óbesité: quelle prévention ? **Presse Med**, v. 39, p. 969-73, set. 2018.

SANTOS, A. M.; SCHERER, P. T. Política alimentar brasileira: fome e obesidade, uma história de carências. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 92–105, set. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 88, n 2, p. 2-19, set. 2016. Disponível em:<<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02.pdf>>. Acesso em: 10 SET. 2020.

SOUZA, N. A. et al. Dislipidemia familiar e fatores associados a alterações no perfil lipídico em crianças. **Ciênc. saúde colet**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 81-90, jan. 2019.

STONE, N. J. et al. ACC/AHA Cholesterol Guideline Panel. Treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular disease risk in adults: synopsis of the 2013 ACC/AHA cholesterol guideline. **Annals of Internal Medicine**. v. 160, n. 5, p. 339-43, set. 2014.

TOMELERI, C.M. et al. Prevalence of dyslipidemia in adolescents: Comparison between definitions Prevalência de dislipidemias em adolescentes: comparação entre diferentes critérios. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. v.34, n.2, p. 103-109, fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Obesity and overweight**: Key facts. 2017. Disponível em:<<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 11 set. 2020.