UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCYMÁRIA BARROS DAL´COL QUEIROZ

# INTERVENÇÃO PARA CONTROLAR AS DISLIPIDEMIAS EM ADULTOS ATENDIDOS PELA ESF CARAPINA I DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES - MG

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS
2014

**LUCYMÁRIA BARROS DAL´COL QUEIROZ**

# INTERVENÇÃO PARA CONTROLAR AS DISLIPIDEMIAS EM ADULTOS ATENDIDOS PELA ESF CARAPINA I DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES - MG

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

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS**

**2014**

**LUCYMÁRIA BARROS DAL´COL QUEIROZ**

# INTERVENÇÃO PARA CONTROLAR AS DISLIPIDEMIAS EM ADULTOS ATENDIDOS PELA ESF CARAPINA I DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES - MG

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

Banca Examinadora

Fernanda Magalhães Duarte Rocha (orientadora)

Virgiane Barbosa de Lima (Examinadora)

**Governador Valadares - Minas Gerais**

**2014**

“Trata um homem pelo que ele é, e ele continuará sendo o que é;

“trato-o como ele pode e deve ser e ele se tornará o que pode e deveria ser”

Goethe

## RESUMO

As dislipidemias são alterações no metabolismo, caracterizadas por concentrações anormais de lipídios e lipoproteínas no sangue, sendo determinadas por fatores genéticos e ambientais. O diagnóstico das dislipidemias é realizado associando-se os exames clínicos e dados laboratoriais obtidos no perfil lipídico. No tratamento das dislipidemias, são inseridas mudanças no estilo de vida e realizado o emprego de hipolipemiantes como as estaminas e fibratos. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para orientar os pacientes a respeito da intervenção para controlar as dislipidemias em adultos atendidos pela ESF Carapina I do município de Governador Valadares, Minas Gerais. O cenário utilizado neste estudo abrange a base de dados da BVS, Scielo, LILACS, MEDLINE e Biblioteca Cochrane, sites de busca disponíveis na Internet www.dedalus.usp.br; www.datasus.gov.br; www.saúde.gov.br; através dos resumos publicados no Livro Resumos da 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Abrangeu ainda documentos específicos do PSF publicados pelo Ministério da Saúde, bem como artigos científicos de pesquisadores renomados na área de Saúde Pública, com delimitação de anos de 1980 a 2015. Além disso, foi realizado um plano de intervenção baseado no planejamento estratégico situacional. O Plano de Ação – Operações sobre o “Viver Bem - Dislipidemia em adultos”, é importante, pois vai impactar na mudança de hábitos/modo de vida do paciente, e vai impactar na qualidade da mesma, promovendo uma alimentação saudável juntamente com a prática de exercícios físicos, buscando uma melhoria não somente física, mas também mental para o paciente.



**Palavras chave**: Dislipidemias. Hipercolesterolemia. Hipertrigliceridemia. Hiperlipidemia.

**ABSTRACT**

The dyslipidemias are changes in metabolism characterized by abnormal concentrations of lipids and lipoproteins in blood, being determined by genetic and environmental factors. The diagnosis of dyslipidemia is performed associating the clinical and laboratory data obtained in the lipid profile. In the treatment of dyslipidemia, changes are inserted into the lifestyle and the use of lipid-lowering held as estaminas and fibrates. The objective of this study was to develop an intervention project to educate patients about the intervention to control dyslipidemia in adults served by the ESF Carapina I do Governador Valadares, Minas Gerais. The scenario used in this study covers the VHL database, SciELO, LILACS, MEDLINE and Cochrane Library, search engines available on the Internet www.dedalus.usp.br; www.datasus.gov.br; www.saude.gov.br; through the abstracts published in the Book Summaries of the 1st National Exhibition of Family Health in Production. Still covered PSF specific documents published by the Ministry of Health, as well as scientific articles by renowned researchers in the field of Public Health, gated years from 1980 to 2015. In addition, there was a contingency plan based on situational strategic planning. The Action Plan - Operations on the "Living Well - Dyslipidemia in adults," is important as it will impact on changing habits / patient's way of life, and will impact the quality of it, promoting healthy eating along with the practice physical exercise, seeking an improvement not only physical, but also mental for the patient.

Key words: Dyslipidemias. Hypercholesterolemia. Hypertriglyceridemia. Hyperlipidemia.

**SUMÁRIO**


1 - INTRODUÇÃO 08

2 - JUSTIFICATIVA 13

3 - OBJETIVOS 14

4 - METODOLOGIA 15

5 - REVISÃO DE LITERATURA 16

5.1 - Dislipidemias 16

5.2 - Obesidade 19

5.3 - Fatores dietéticos, obesidade e dislipidemias 20

6 - PLANO DE AÇÃO 22

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS 26

REFERÊNCIAS 27

## 1 - INTRODUÇÃO

Governador Valadares é município brasileiro no interior do Estado de Minas Gerais. Pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando desta, cerca de 320 quilômetros. Sua população estimada pelo IBGE em 2013 era de 275. 568 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. Está a 960 quilômetros de Brasília, a capital federal, ocupa uma área de 2348,1 km². Desse total, 24,3674 km² estão em perímetro urbano.

A maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce. O município é servido pela Estrada de Ferro Vitória a Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR-116). Liga-se à capital do estado pela BR-381.

Segundo nota técnica do Departamento de Atenção Básica, Governador Valadares possui população para cálculo de PAB fixo (faixa 3 – 24,00 per capita) de 266.190 habitantes, corresponde a R$ 465.115,00 de repasse mensal. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 65,87%, considerando Estratégia de Saúde da Família (ESF) com cobertura de 74%. Hoje Valadares conta com 57 ESF implantadas. As ESF contam com apoio de equipe multiprofissional que atuam de forma integrada a unidade, denominado – Núcleo de Apoio à Saúde (NASF), que atualmente existem oito implantados. (BRASIL, 2014)

O município conta com rede de atenção à saúde composta por Hospital Municipal (HMGV) e 09 centros de referência, e outros serviços relacionados ao Departamento da Atenção Básica.

A atenção básica é a porta de entrada para que o usuário tenha acesso a todos os serviços citados, logo é importante que este seja corretamente referenciado pela unidade para os demais serviços, e que tenha uma contra referência, com relação à atenção secundária e terciária para com atenção primária, permitindo a continuidade do cuidado (Brasil, 2001) como mostra a figura 1.

**Figura 1 –Fluxo de atendimento na rede de atenção a saúde de Governador Valadares.**

FONTE: Coordenação Atenção Básica – 2014

Conforme Brasil (2012, p.54)

> A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Insere-se esse fragmento, por considerar que o assunto contribui para o enriquecimento da pesquisa.

A Estratégia de Saúde da Família Carapina I, possui um total de 2.534 habitantes (como demonstra o Quadro 1), sendo 783 famílias cadastradas divididas em cinco micros áreas. O nível de alfabetização é de pessoas com idade 07 – 14 anos são de 95,71%, e de 15 anos ou mais é de 96,24%, sendo que 19,92% possui benefício como Bolsa família. As casas 100% das famílias são de tijolo/adobe. O abastecimento de água é feito 100% pela rede pública, 90,80% dos usuários consomem água filtrada. O destino do lixo em 99,7% é recolhido pela coleta pública e os outros 0,13% é em céu aberto.

**Quadro 1 – População residente em área de abrangência da ESF Carapina I.**

| POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA | | | |
|---|---|---|---|
| **FAIXA ETÁRIA** | **MASCULINO** | **FEMININO** | **N° DE PESSOAS** |
| <1 | 7 | 7 | 14 |
| 1 – 4 | 61 | 62 | 123 |
| 5 – 6 | 39 | 44 | 83 |
| 7 – 9 | 72 | 62 | 134 |
| 10 – 14 | 108 | 131 | 239 |
| 15 – 19 | 130 | 115 | 245 |
| 20 – 39 | 350 | 427 | 777 |
| 40 – 49 | 179 | 192 | 371 |
| 50 – 59 | 108 | 131 | 239 |
| >60 | 118 | 191 | 309 |
| **Total** | 1.172 | 1.362 | 2.534 |

FONTE: Secretaria de Assistência a Saúde/DAB – DATASUS 2014

A ESF Carapina I localiza-se na Rua Inhapim, nº 278, no Bairro Carapina. Torna-se um local de fácil acesso para toda comunidade, pois bem próxima à mesma está situada a um ponto de ônibus, o que fornece facilidade as pessoas que possuem dificuldade para transporte de crianças, dentre outros. A unidade funciona de 07h00min as 17h00min.

A ESF também conta com apoio do NASF que atualmente com uma Enfermeira do PROVAB.

E com o desenvolvimento da medicina e a mudança de hábitos alimentares trouxeram ao homem uma série de transformações funcionais e fisiológicas.

Sabe-se que o século XX foi um período de transição alimentar, onde houve uma mudança na alimentação com predomínio de dieta rica em gorduras, açúcares e pobre em fibras, favorecendo o aumento dos casos de obesidade, dislipidemias e doenças cardiovasculares. (LIMA, 2000).

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem um dos principais problemas de saúde pública dos tempos atuais, levando a um aumento

significativo de anos perdidos da vida produtiva e mortalidade precoce (MOURA et al., 2000).

No Brasil, a doença aterosclerótica é a principal causa de mortalidade, esse grupo de doenças tem caráter multifatorial, sendo que a prevenção passa pela identificação e controle dos fatores de risco (SBC, 2001).

Estes fatores como perfil lipídico, obesidade e nutrição tendem a se agregar e, frequentemente, são encontrados em associação no mesmo indivíduo, aumentando a probabilidade de eventos cardiovasculares.

Integra-se este fragmento com vários autores, pois os mesmos contemplam a mesma linha de pesquisa.

Nas Diretriz sobre Dislipidemia, os lipídios são elementos indissolúveis em água e solúveis em solventes orgânicos que são transportados na forma de lipoproteínas que podem ser divididas, conforme sua densidade. Os principais lipídios do plasma humano são: colesterol, ésteres de colesterol, triglicerídeos, fosfolipídios e ácidos graxos não esterificados e os mesmos podem causar danos irreparáveis à saúde física e mental do ser humano. Devendo o adulto controlar seu cardápio a fim de instigar o organismo a reestruturar a sua forma primária.

Neste aspecto, a obesidade é associada com alterações no metabolismo lipídico, incluindo níveis elevados de colesterol total (CT), LDL-Colesterol (LDL-C), triglicérides (TG) e redução do HDL-Colesterol (HDL-C) (CARVALHO, 2000). Esta relação entre obesidade e dislipidemia é preocupante, já que atualmente o excesso de peso tem aumentado nos países em desenvolvimento. (DIETZ, 1998a).

No que diz respeito a fatores dietéticos, Nóbrega (2000) observou que uma adequação e equilíbrio na dieta, especificamente na ingestão de lipídios, reduzem os fatores de risco para doenças cardiovasculares e que um consumo alimentar inadequado associa-se à obesidade e à dislipidemia. De uma forma geral, as medidas preconizadas para esta faixa etária concentram-se na adoção de um hábito alimentar saudável que previna excesso de calorias, sal, gordura saturada e colesterol; na atividade física regular e na abstenção do fumo.

Mas de acordo com Gomes et al., (2006) a determinação das dislipidemias, faz- se necessário o estudo do perfil lipídico, no qual consiste na

avaliação das dosagens séricas de colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, e triglicerídeos.

Estudos ainda comprovam os benefícios da detecção precoce das elevações dos níveis séricos do colesterol e suas frações, pois o tratamento destas disfunções reduz as taxas de mortalidade por DCV, (nível de evidência I "resultados consistentes de estudos bem delineados, e bem conduzidos em populações representativas, que diretamente avaliam os efeitos na saúde)". (DURO et al, 2008 p. 82-88)

Dessa forma, com as ideias defendidas no trabalho em conexão com as dos autores mencionados anteriormente, considera-se que para se detectar precocemente a dislipidemia, seja necessário, desde cedo fazer um exame de rotina para prevenção e controle. Evitando-se assim complicações posteriores e desnecessárias.

## 2 - JUSTIFICATIVA

Escolheu-se este tema de trabalho de pesquisa, pessoalmente, por já ser médica a alguns anos, atuante na área e por receber vários pacientes com este tipo de problema. Então, resolveu-se investigar para averiguar possíveis causas, consequências e buscar alternativas de prevenção e tratamento para o controle das dislipidemias em adultos atendidos pela ESF Carapina I no município de Governador Valadares.

Socialmente trabalha-se com este tema para conhecer melhor essa patologia e assim poder contribuir para a qualidade de vida dos pacientes.

E psicologicamente para o equilíbrio do indivíduo na sociedade como um todo.

## 3 - OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção através de ações educativas para controle das dislipidemias em adultos atendidos pela ESF Carapina I do município de Governador Valadares, Minas Gerais.

## 4 - METODOLOGIA

Tratou-se de estudo de revisão narrativa. O cenário utilizado neste estudo integrou a base de dados da BVS, Scielo, LILACS, MEDLINE e Biblioteca Cochrane, sites de busca disponíveis na Internet www.dedalus.usp.br; www.datasus.gov.br; www.saúde.gov.br, através dos resumos publicados no Livro Resumos da 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Englobou ainda documentos específicos do PSF publicados pelo Ministério da Saúde, bem como, artigos científicos de pesquisadores renomados na área de Saúde Pública, com delimitação de anos de 1980 a 2015. Verificou-se também a quantidade de literaturas existentes nesta fonte de dados, pesquisando através das palavras-chave dislipidemias, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperlipidemia.

Ainda após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado e os principais problemas enfrentados pela equipe, foram planejadas intervenções para garantir melhor atendimento aos usuários portadores de parasitoses intestinais, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme módulo de planejamento do Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família.

## 5 - REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 - Dislipidemias

As dislipidemias são definidas como as alterações dos níveis sanguíneos dos lipídeos circulantes. Denominam-se hiperlipidemias quando os níveis séricos encontram-se aumentados (COSTA et al., 2000).

Segundo as III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias (SBC, 2001), as dislipidemias são classificadas laboratorialmente como hipercolesterolemia isolada, quando há aumento do CT e/ou LDL-C, hipertrigliceridemia isolada, quando há aumento dos TG; hiperlipidemia mista quando há aumento do CT e dos TG; e a diminuição isolada da HDL-C ou associada a aumento dos TG ou LDL-C conforme a IV Diretriz sobre Dislipidemia (2007, p.32).

Ainda conforma IV Diretriz sobre Dislipidemia (2007), o conhecimento da abordagem diagnóstica e terapêutica das dislipidemias é de fundamental importância, visto que as dislipidemias são achadas frequentes em sua forma isolada ou associada a outros distúrbios metabólicos (tireoidianos, hepáticos, renais ou associados ao diabetes mellitus), em consequência do emprego de medicamentos como diuréticos, betabloqueadores, imunossupressores, antirretrovirais, corticosteroides e ainda nas formas genéticas.

O descontrole metabólico das lipoproteínas integradas com dietas ricas em gordura, obesidade e sedentarismo têm resultado em crescente incidência e prevalência de doença aterosclerótica em adultos moradores de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, em especial a doença coronariana aterosclerótica. Há sólida evidência de que altas concentrações séricas de colesterol predispõem a doença arterial coronariana, bem como que a sua redução diminui a incidência.

O termo dislipidemia, ao invés de hiperlipemia, é atualmente empregado em função de que a redução e não o aumento da fração HDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de alta intensidade) é o que determina ou facilita o estabelecimento de aterosclerose.

A dislipidemia define várias situações, como elevação isolada de LDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de baixa densidade), elevação

elevada de triglicerídeos séricos, redução isolada de HDL – colesterol ou combinações entre estes.

Quanto à classificação etiológica das dislipidemias, têm-se as dislipidemias primárias e secundárias. As primárias são relacionadas a alterações genéticas, conforme a IV Diretriz sobre Dislipidemia (2007, p.5):

- hipercolesterolêmica poligênica: promove o aumento do colesterol total e da LDL-C;

- hipercolesterolêmica familiar: também promove o aumento do colesterol total e da LDL-C;

- hipertrigliceridemia familiar: o aumento de triglicérides observado pode associar-se à hiperglicemia e à hiperuricemia;

- hiperquilomicronemia familiar: leva ao aumento de triglicérides à custa da elevação importante dos quilomicrons;

- hiperlipidemia familiar combinada: ocorre alternância do perfil lipídico apresentado pelo paciente ao longo do tempo, ora com níveis elevados de uma lipoproteína, ora de outra, ou ainda padrões combinados. Outros elementos da família apresentam as mesmas características;

- disbetalipoproteinemia familiar: ocorre o aumento de colesterol e triglicerídeos à custa de lipoproteína de densidade intermediária – colesterol (IDL-C).

As dislipidemias secundárias podem ser divididas em três grupos: as que são secundárias a doenças, tais como diabetes milita, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica e obesidade; as que são secundárias a medicamentos, como os corticosteroides, betabloqueadores, diuréticos e anabolizantes; e as secundárias a hábitos de vida inadequados, tais como tabagismo, etilismo e dieta.

Desordens do metabolismo das lipoproteínas em conjunto com dietas ricas em gordura, obesidade e sedentarismo têm resultado em crescente incidência e prevalência de doença aterosclerótica em adultos moradores de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, em especial a doença coronariana aterosclerótica. Há sólida evidência de que altas concentrações séricas de colesterol predispõem a doença arterial coronariana, bem como que a sua redução diminui a incidência.

O termo dislipidemia, ao invés de hiperlipemia, é atualmente empregado em função de que a redução e não o aumento da fração HDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de alta intensidade) é o que determina ou facilita o estabelecimento de aterosclerose.

A dislipidemia define várias situações, como elevação isolada de LDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de baixa densidade), elevação elevada de triglicerídeos séricos, redução isolada de HDL – colesterol ou combinações entre estes.

As dislipidemias podem ter ser desencadeadas pelo estilo de vida inapropriado, especialmente sedentarismo, dieta inadequada, resistência à insulina e outros fatores relacionados ao estilo de vida.

Podem ou não apresentar sinais clínicos característicos e associar-se a complicações, como doença aterosclerótica ou pancreatite. A abordagem desses pacientes deve visar mudanças do estilo de vida e o emprego de tratamento medicamentoso, por tempo prolongado, em geral ao longo da vida.

As indicações para o uso de fármacos hipolipemiantes e as metas a serem atingidas estão bem definidas por diretrizes. O uso de hipolipemiantes requer o conhecimento de suas características farmacodinâmicas e farmacocinéticas, perfil de segurança e eventos adversos, interações com outros fármacos e presença de comorbidades. A clara associação entre os fatores de risco e a aterosclerose norteou a elaboração de algoritmos para a estratificação do risco cardiovascular e os ensaios clínicos randomizados forneceram a base de evidências para a utilização dos hipolipemiantes na prevenção primária e secundária da doença cardiovascular e em muitas outras situações clínicas, de acordo com as estimativas de risco.

O fármaco de escolha para o tratamento da hipercolesterolemia é a estatina, mas em algumas situações não são suficientes para se atingir os níveis desejados de colesterol, sendo necessária adição de inibidores da absorção de colesterol ou outras medidas associadas. Hipertrigliceridemias devem ser tratadas para prevenir episódios de pancreatite e também com o objetivo de reduzir complicações cardiovasculares. Situações especiais, como os transplantados, idosos, portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida e outras condições em que a aterosclerose seja uma condição comumente associada, devem ter seu risco avaliado de maneira semelhante e

o tratamento instituído, levando-se em conta o risco/benefício do tratamento e os fármacos mais adequados para cada situação.

## 5.2 - Obesidade

A obesidade é causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade. Condições crônicas, como doença renal, osteoartrose, câncer, DM2, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), HAS e, mais importante, DCV, estão diretamente relacionadas com incapacidade funcional e com a obesidade. Além disso, muitas dessas comorbidades também estão diretamente associadas à DCV. Muitos estudos epidemiológicos têm confirmado que a perda de peso leva à melhora dessas doenças, reduzindo os fatores de risco e a mortalidade.

Segundo Fisberg (2000), a obesidade pode ser considerada um acúmulo de tecido gorduroso, localizado em certas partes do corpo ou em todo corpo, causado por distúrbios genéticos ou metabólicos (hormonais), ou por alterações nutricionais.

Na verdade, a condição responsável por praticamente todos os casos de obesidade é o excesso de consumo de alimentos ricos em gorduras e calorias, associado a uma redução acentuada da atividade física.

Martins et al. (2001), classificam o excesso de peso de acordo com IMC: se este se encontra em percentil ≥ 85 e < 95 há sobrepeso e, caso o peso esteja no percentil 95 ou acima deste, há obesidade. Esta classificação segue a última preconização do National Center for Health Statistics – NCHS, do Centers for Disease Control - CDC (CDC, 2000), embora nesta publicação se utilize o termo risco de sobrepeso (overweightrisk), para sobrepeso e sobrepeso (overweight), para obesidade. Embora os termos sobrepeso e obesidade muitas vezes sejam usados como sinônimos é preciso diferencia-los. Para Costa e Silva (2000), sobrepeso é um aumento exclusivo de peso e obesidade representa o aumento da adiposidade corporal. No entanto, atualmente, ainda não há unanimidade conceitual na utilização de tais termos. Assim, overweight e obesity frequentemente costumam ser traduzidos como obesidade, enquanto overweightrisk é encontrado traduzido como sobrepeso.

Além do excesso de gordura corporal, deve-se também avaliar a sua distribuição. A obesidade androide, também chamada central, lembra o formato de uma maçã, e apresenta acúmulo de gordura na região abdominal. Obesidade abdominal é avaliada pela medida da circunferência abdominal com o paciente em posição supina, ao final da expiração, no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca anterossuperior, com fita inelástica, em posição horizontal. Este tipo se relaciona com alto risco para doenças cardiovasculares. A obesidade ginóide (ou ginecoide), que se caracteriza pelo depósito aumentado de gordura nos quadris, é comparada com uma pêra e se relaciona com um maior risco de artroses e varizes.

A quantidade total de gordura, o excesso de gordura no tronco ou na região abdominal e o excesso de gordura visceral são três aspectos da composição corporal associados à ocorrência de doenças crônico-degenerativas.

A obesidade é fator de risco para as dislipidemias, promovendo aumento do colesterol, triglicerídeos e redução da fração HDL-C.

O resultado da carga adicionada de doenças associadas à obesidade é o aumento da mortalidade, que é bem estabelecido nesta população. Um grande número de estudos epidemiológicos, como Nurses' Health Study, NHANES, Women's Health Initiative Observational Study e o American Câncer Society, estabeleceu um aumento significativo na mortalidade cardiovascular e não cardiovascular associada à obesidade. Um aumento de anos de vida perdidos foi encontrado entre obesos versus não obesos em uma análise do NHANES.

## 5.3 - Fatores dietéticos, obesidade e dislipidemias.

Conforme Melo (2011, p.1),

> A obesidade é uma doença cada vez mais comum, cuja prevalência já atinge proporções epidêmicas. Uma grande preocupação médica é o risco elevado de doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade, tais como diabetes, doenças cardiovasculares (DCV) e alguns cânceres.
> É importante o conhecimento das comorbidades mais frequentes para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento destas condições, e para identificar os pacientes que podem se beneficiar com a perda de peso. Isso permitirá a identificação precoce e avaliação de risco, de

> forma que as intervenções adequadas possam ser realizadas para reduzir a mortalidade associada.

Pensa-se que a obesidade já é considerada a doença que mais vem matando nas últimas décadas, porque a pessoa que possui essa síndrome metabólica não possui controle de sim mesma e por causa disso vive num profundo mundo de incertezas (MONDINI,1994).

Mudanças nos hábitos alimentares, com aumento do consumo de alimentos ricos em açúcares simples e gorduras, com alta densidade energética, são os principais fatores dietéticos relacionados à obesidade (FISBERG, 2000).

A construção de hábitos alimentares sofre influência de diversos fatores, tais como: fisiológicos, psicológicos, socioculturais e econômicos.

O hábito de excluir refeições, como desjejum, é frequente, como também a substituição do almoço ou jantar por lanches. Segundo Villar (2001), a formação de hábitos alimentares inadequados pode ser considerada como um potencial fator de risco para enfermidades crônicas não transmissíveis.

O cardápio alimentar brasileiro está voltado para comidas industrializadas e fast food. Estas transformações foram provocadas pelo estilo de vida moderna, que levam ao baixo consumo de cereais e/ou produtos integrais, frutas e hortaliças, os quais são fontes de fibras.

As fibras desempenham importantes papéis no trato gastrintestinal humano. Além de diminuírem a absorção de gorduras, aumentarem o peristaltismo intestinal e produzirem ácidos graxos de cadeia curta, atuantes no combate ao colesterol, às fibras promove a regulação do tempo de trânsito intestinal e apresentam um alto poder de saciedade. Estas propriedades fisiológicas são essenciais para o tratamento e prevenção das complicações oriundas da obesidade (CARVALHO et al., 2001).

Sabe-se que o tratamento da obesidade é complexo, sendo que estudos mostram que as chances de um indivíduo obeso conseguir remissão permanente não são maiores que 30% (FISBERG, 2005).

## 6 - PLANO DE AÇÃO

**Quadro Plano de Ação – Operações sobre o "Viver Bem - Dislipidemia em adultos", na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Carapina I, em Governador Valadares, Minas Gerais.**

| | |
|---|---|
| **Nó crítico 1** | Estilo de vida inadequado. |
| **Operação** | Modificar hábitos e estilo de vida |
| **Projeto** | **Viver Bem - Dislipidemia em adultos** |
| **Resultados esperados** | Ampliar conhecimento dos pacientes quanto à importância de aderir hábitos saudáveis para controle da doença |
| **Produtos esperados** | Sensibilização da população;<br>Capacitação dos colaboradores da equipe;<br>Grupo de controle – ESF em apoio NASF. |
| **Atores sociais/ responsabilidades** | Toda equipe de colaboradores da ESF; Profissionais da ESF/NASF; |
| **Recursos necessários** | Estrutural: Articular com a comunidade espaço físico adequado para realizar atividades educativas com os usuários, melhorias na estrutura física;<br>Cognitivo: Capacitar equipe - conhecimento de estratégias pedagógicas/comunicação;<br>Financeiro: para aquisição de materiais de divulgação;<br>Político: Estabelecer parcerias com escolas, rádio, jornal do bairro para melhor divulgação. |
| **Recursos críticos** | Organizacional → Articular com a comunidade espaço físico adequado para realizar atividades educativas com os usuários, melhorias na estrutura física;<br>Cognitivo → Capacitar equipe - conhecimento de estratégias pedagógicas/comunicação; |

| | |
|---|---|
| | Financeiros → para aquisição de materiais de divulgação;<br>Político → Estabelecer parcerias com escolas, rádio, jornal do bairro para melhor divulgação. |
| **Controle dos recursos críticos / Viabilidade** | Ator que controla: Toda equipe de colaboradores da ESF;<br>Coordenação de Atenção Básica;<br>Profissionais de nível superior da ESF/Nasf;<br>EFS, Instituto educacional e profissional responsável pela divulgação.<br>Motivação: Favorável |
| **Ação estratégica de motivação** | Apresentar/ sensibilizar atores envolvidos;<br>Realizar educação em saúde para adultos;<br>Realizar grupos informativos.<br>Palestras e ações educativas e terapêuticas em saúde com familiares e individuais. |
| **Responsáveis:** | ESF/NASF;<br>Médica Drª. Lucymária Barros Dal Col Queiroz. |
| **Cronograma / Prazo** | Dois meses para apresentação do projeto e capacitação dos colaboradores; dois meses para conseguir recursos e iniciar as atividades.<br>**Regularizar a demanda por ações médicas exclusivas** -> No mínimo 04 atendimentos /ano, em períodos intercalados com as consultas médicas e do enfermeiro.<br>**Organizar o trabalho em equipe ->**No mínimo 04 atendimentos /ano, em períodos intercalados com as consultas médicas e do enfermeiro.<br>**Valorizar as ações programadas ->**No mínimo 04 atendimentos /ano, em períodos intercalados com as consultas médicas e do enfermeiro.<br>**Aproximar o usuário da equipe ->** Visitas periódico-semanais. |
| **Gestão, acompanhamento e avaliação.** | ESF/NASF;<br>Médica Drª.Lucymária Barros Dal Col Queiroz. |

**Quadro Plano de Ação – Operações sobre o "Viver Bem - Dislipidemia em adultos", na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Carapina I, em Governador Valadares, Minas Gerais.**

| | |
|---|---|
| **Nó crítico 2** | Não valorização do problema pelo paciente. |
| **Operação** | Conhecimento - Conscientização - Aceitação |
| **Projeto** | **Viver Bem - Dislipidemia em adultos** |
| **Resultados esperados** | Fazer com que os pacientes conheçam, conscientizem e aceitem o tratamento adequado para seu problema; |
| **Produtos esperados** | Sensibilização dos pacientes; Conhecimento dos pacientes, Conscientização e aceitação dos pacientes;<br>Treinamento, sensibilização, valorização da comunicação, reuniões sistematizadas, monitoramento da implantação e do atendimento, por avaliação qualitativa com usuários e todos os envolvidos da equipe da ESF.<br>Grupo de controle – ESF em apoio NASF. |
| **Atores sociais/ responsabilidades** | Toda equipe de colaboradores da ESF;<br>Profissionais da ESF/NASF; |
| **Recursos necessários** | Estrutural: Articular com a comunidade espaço físico adequado para realizar grupos educativos com os usuários, melhorias na estrutura física.<br>Cognitivo: Capacitar equipe - conhecimento de estratégias pedagógicas/comunicação;<br>Financeiro: para aquisição de materiais de divulgação;<br>Político: Estabelecer parcerias com escolas, rádio, jornal do bairro para melhor divulgação. |
| **Recursos críticos** | Organizacional → Articular com a comunidade espaço físico adequado para realizar atividades físicas com os usuários, melhorias na estrutura física;<br>Cognitivo → Capacitar equipe - conhecimento de estratégias pedagógicas/comunicação; |

| | |
|---|---|
| | Financeiros → para aquisição de materiais de divulgação;<br>Político → Estabelecer parcerias com escolas, rádio, jornal do bairro para melhor divulgação. |
| **Controle dos recursos críticos / Viabilidade** | Ator que controla: Toda equipe de colaboradores da ESF;<br>Coordenação de Atenção Básica;<br>Profissionais de nível superior da ESF/Nasf;<br>Motivação: Favorável |
| **Ação estratégica de motivação** | Apresentar/sensibilizar atores envolvidos; Conscientizar os atores envolvidos;<br>Realizar grupos informativos da importância dos exercícios na vida do adulto.<br>Palestras e ações educativas e terapêuticas em saúde com familiares e individuais. |
| **Responsáveis:** | ESF/NASF;<br>Médica DrªLucymária Barros Dal´Col Queiroz. |
| **Cronograma / Prazo** | Quinze dias para apresentação do projeto e capacitação dos colaboradores; ummês para conseguir recursos e iniciar as atividades.<br>**Regularizar a demanda por ações médicas exclusivas** -> No mínimo 12 atendimentos /ano, em períodos intercalados com as consultas médicas e do enfermeiro.<br>**Organizar o trabalho em equipe ->**No mínimo 12 atendimentos /ano, em períodos intercalados com as consultas médicas e do enfermeiro.<br>**Valorizar as ações programadas ->**No mínimo 12 atendimentos /ano, em períodos intercalados com as consultas médicas e do enfermeiro.<br>**Aproximar o usuário da equipe ->** Visitas periódico-semanais. |
| **Gestão, acompanhamento e avaliação.** | ESF/NASF;<br>Médica DrªLucymária Barros Dal Col Queiroz. |

## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver o trabalho, foi possível observar que a maioria dos pacientes adultos atendidos pela ESF Carapina I do município de Governador Valadares, possuem a síndrome metabólica.

Alguns possuem somente obesidade, outros esta é associada à diabetes e tem-se ainda, alguns casos em que o paciente possui obesidade, diabetes e pressão arterial alterada.

Notou-se que, em todos os casos, todos os pacientes possuem uma deficiência em relação à alimentação adequada e também à atividade física, levando o mesmo ao sedentarismo.

Descobriu-se através da pesquisa, intervenção para controlar as dislipidemias em adultos atendidos pela ESF Carapina I do município de Governador Valadares – MG, que é possível o controle e o tratamento da síndrome através da farmacologia, do controle alimentar e da atividade física.

Buscou-se através de um plano de intervenção orientar, conscientizar e sensibilizar pacientes e familiares a respeito da necessidade de cuidar e tratar.

Propõe-se que os pacientes tenham uma mudança de hábitos alimentares e também comecem a prática de atividades físicas.

## REFERÊNCIAS


II Consenso Brasileiro sobre dislipidemias: Detecção, Avaliação e Tratamento. **Arq. Bras. Cardiologia,**1996.

III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Sbc). Sociedade brasileira de cardiologia. São Paulo, **Arq. Brasil. Cardiologia**, vol.77,2001.

IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88 supl.1. 2007, 19 p.

BEZERRA, A. C. **Associação de dislipidemia e fatores nutricionais com o grau de excesso de peso em crianças e adolescentes**. Fortaleza, 2006. Disponível em: www.uece.br/cmasp/dmdocuments/alinecavalcante_2006.pdf. Acesso em: 07/03/2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.**Brasília,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 256, de 11 de março de 2013**.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A.**Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**.** NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 20/05/2014

CARVALHO, M. B. C. Obesidade. In: CUPPARI, Lilian. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – **Rev.Nutrição**, São Paulo: Manolo, 2000.

CARVALHO, C. M. R. G.; NOGUEIRA, A. M. T.; TELES, J. B. M.; et.al. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. **Rev. Nutrição,** v.14, n.2, p.85-93, 2001.

CECILIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental In: MERHY, E. E. ;ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público**.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.

CELANO, R.M.G; Loss, S.H; Nogueira, R.J.N. **Terapia Nutricional nas Dislipidemias**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Projeto Diretrizes, 2010. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/9.../terapia_nutricional_nas_dislipidemias.p.... *Acesso em: 07/03/2015*

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos**.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 20/05/2014

COSTA, R. P.; SILVA, C. C. Doenças Cardiovasculares. In: CUPPARI, Lilian. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – **Rev.Nutrição**, São Paulo: Manolo, 2000.

DIETZ, W. H. Prevalence of obesity in children. In: BRAY, G. A. **Handbook of obesity**. New York: Marcel Dekker, p. 93-102. 1998a.

Duncan. Pinto. Perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina. Med. M.. Eizerik.15. **Rev. Soc. Cardiologia,** São Paulo: Diament, 2005.

DURO, Luciano N.; ASSUNÇÃO, Maria Cecília; COSTA, Juvenal Soares Dias da; SANTOS, Iná S. Desempenho da Solicitação do perfil Lipídico entre os setores Públicos e Privados. Rio de Grande do Sul: **Revista de Saúde Pública**, 2008.v. 42, n.8, p. 82-88.

ESPÍNDOLA, H.S. História de Governador Valadares**.** In: **Sala do Estudante do Site oficial da Prefeitura do Governador Valadares/MG.**

FERNANDES, Rômulo Araújo. et al. Prevalência de Dislipidemia em Indivíduos Fisicamente Ativos durante a Infância, Adolescência e Idade Adulta. **Arq. Bras. Cardiologia**, v. 97, n. 4, 2011.

FISBERG, M. CHEN, W.; FERNANDES, R. L.; et al. **Hábitos alimentares na adolescência. Pediatria Moderna**, v.36, n.11, p.724-34, nov., 2000.

FISBERG, M.; CINTRA, I. de P.; OLIVEIRA, C. L. de. Epidemiologia e diagnóstico da obesidade: Uma abordagem inicial. In: FISBERG, Mauro.

**Atualização em obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Atheneu, 2008.

FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S. et al. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento.**Rev. Nutrição**. v.13, n.1, 2000.

GOMES, R. C.; OLIVEIRA, V. A. S.; NOGUEIRA, Y. L. D.; SILVA, A. M. F.; LIMA, R. M. M.; SILVA, L. P. P.; ROCHA, E. C. C.; AQUINO, J. S.; RODRIGUES, W.; BRITO T. N. S.; LEMOS, T. M. A. M. **Avaliação do Perfil Lipídico de Pacientes Atendidos em Laboratórios Privado e Público da Cidade de Natal/RN.** Rio Grande do Norte: News Lab, 2006.

LIMA, C. B. N. **Perfil de crianças e adolescentes atendidas no ambulatório de obesidade infantil e Endocrinologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná**, Curitiba, 2000. 40p Monografia (Especialização - Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Paraná.

LOPES, M. J. S. **PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA NO BRASIL: UM**
**ESTUDO DE REVISÃO.** Maringá, p. 11, 2009**.** Disponível em: www.def.uem.br/geraMonografia.php?id=72 acesso em: 07/03/2015

MARTINS, C.; MEYER, L. R.; SAVI, F.; et al. **Manual de Dietas Hospitalares**, Curitiba: Nutro clínica, p.256-261, 2001.

MELO, M. E. **Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade.** Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO, maio, 2011. Disponível em: www.abeso.org.br/.../Artigo%20-%20Obesidade%20e%20Doencas%20a*. Acesso em: 07/03/2015*

MONDINI, L. MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação na população urbana brasileira (1962-1988). **Rev Saúde Pública**. 1994; 28(6):433-9.

MOURA, E. C.; CASTRO, C. M.; MELLIN, A. S.; et al. Perfil lipídico em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, p. 499-505, 2000.

NOBREGA, E. M. G. A. **Análise da frequência de fatores de riscos cardiovasculares em adolescentes filhos de coronáriopatas**. João Pessoa, 2000. 156p. Dissertação(Mestrado). Universidade Federal da Paraíba.

SALAROLI, L.B. et al. **Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional,** Vitória, ES – Brasil. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica, vol. 51, n. 7, 2007.

SANTOS V, CANADAS V, GUSMÃO A, ALMEIDA NC. Investigação diagnóstica das dislipidemias. In: Vilar L, editor. **Endocrinologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

SARAIVA, J. F. R. Estratégia no seguimento a longo prazo do paciente dislipidêmico. **Rev. Soc. Cardiologia**, v.10, n.6, p.795-01, 2000.

SILVA PM, SILVA JM, GIL VM; Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Prevenção cardiovascular: recomendações para a abordagem do risco vascular associado às dislipidemias. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Aterosclerose e o apoio da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. **Rev. Port. Cardiol.,** 2002; 21:1201 - 9.

Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. **Recomendações portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose**. Lisboa: SPA, 2008.

VALVERDE, M. A.; VÍTOLO M. R.; PATIN, R. V. et al. Investigação de alterações no perfil lipídico de crianças e adolescentes obesos**. Arch. Latinoam Nutr**., n.49, 1999.