

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

RAFAEL FAURE BORGES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ALTO CONSUMO DE
GORDURAS SATURADAS E SÓDIO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CAPIVARA, SÃO MIGUEL DO
ANTA, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2016

RAFAEL FAURE BORGES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ALTO CONSUMO DE
GORDURAS SATURADAS E SÓDIO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CAPIVARA, SÃO MIGUEL DO
ANTA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Marlene Azevedo Magalhaes Monteiro

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2016

RAFAEL FAURE BORGES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ALTO CONSUMO DE
GORDURAS SATURADAS E SÓDIO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DE CAPIVARA, SÃO MIGUEL DO
ANTA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Marlene Azevedo Magalhaes Monteiro (Orientador)

Profa Rebeca dos Santos Duarte Rosa

Aprovado em Belo Horizonte, em 22 de junho de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos, Carlos Rafael e Angel Rafael.

À minha orientadora pelo apoio e paciência em todo o trajeto do desenvolvimento do trabalho.

À minha família e colegas de trabalho.

Aos meus queridos amigos brasileiros que sempre ficaram ao meu lado em todos os momentos, além do tempo e as adversidades, com carinho, respeito e uma mão amiga: Marcília, Patrícia e família, Prefeito Cristiano, Netinho e família, Ana Luzia, Eudes, Viviane e família e muitos mais.

Aos Governos de Brasil e Cuba, que por meio do *Programa Mais Médicos*, propiciaram melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro.

A todos os meus entes queridos que proporcionarem minha formação como ser humano e como profissional da saúde.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora Marlene Azevedo Magalhães Monteiro.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe do PSF Capivara pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho.

Pensar é servir.

(José Martí)

RESUMO

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. O consumo excessivo de sódio e gordura saturada está relacionado a diversas patologias, entre elas, hipertensão arterial, obesidade e hipercolesterolemia. A redução de o alto consumo de gorduras saturadas e sódio da dieta das populações e comunidades deve ser uma das prioridades da Atenção Básica de Saúde. Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário da equipe de saúde da família Capivara: o alto consumo de gorduras saturadas e sódio pelos usuários atendidos na unidade. Para a construção desta proposta de intervenção realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o diagnóstico da instituição, para conhecer os fatores que favoreciam o alto consumo de gorduras saturadas e sódio na dieta da comunidade rural de Capivara. Com base nas informações adquiridas foi elaborada uma proposta de intervenção, visando sistematizar o atendimento à comunidade com ações voltadas para promoção e prevenção de agravos à saúde dos pacientes. Espera-se com este trabalho uma mudança progressiva no estilo de vida da comunidade e uma adesão da mesma a hábitos nutricionais saudáveis, reduzindo, assim, a aparição de fatores de risco e doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência de atendimento desta equipe.

Palavras-chave: Saúde da Família. Doenças crônicas não transmissíveis. Gorduras saturadas. Sódio. Fatores de Risco.

ABSTRACT

The food and nutrition are basic requirements for the promotion and protection of health. The overconsumption of sodium and saturated fat is related to various diseases, including, hypertension, obesity and hypercholesterolemia. The reduction of the high consumption of saturated fats and sodium in the diet of populations and communities should be a priority of primary health care. This study aimed to develop an intervention proposal for dealing with a problem, the priority for the team health Capybara family: high consumption of saturated fats and sodium by users treated at the unit. For the construction of this proposed intervention was carried out a literature review on the subject with the computerized databases of the Virtual Health Library (VHL) and the diagnosis of the institution to know the factors that favored the high consumption of saturated fat and sodium in the diet of the rural community of Capybara. Based on the information acquired a proposed intervention was developed, aimed at systematizing the service to the community with actions for promotion and disease prevention to the health of patients. It is hoped that this work a progressive change in the community's lifestyle and adherence thereof to healthy nutritional habits, thus reducing the appearance of risk factors and chronic diseases in the coverage area of service of this team.

Keywords: Health. Chronic noncommunicable diseases. Saturated fat. Sodium. Risk factors.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Parâmetros de assistência para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis, fatores de risco cardiovasculares e hábitos alimentares não saudáveis (alto consumo de gorduras saturadas e sódio), por estrato e procedimento na atenção primária à saúde.....	29
Quadro 2	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional no PSF Capivara, São Miguel do Anta-MG	31
Quadro 3	Descritores do problema alto consumo de gorduras saturadas e Sódio dos usuários do PSF da comunidade Capivara. PSF Capivara, 2015	32
Quadro 4	Desenho de operações para os “nós críticos” do problema “O alto consumo de gorduras saturadas e sódio dos usuários da comunidade de Capivara”	34
Quadro 5	Operação projetos e os recursos críticos	36
Quadro 6	Propostas de ações para a motivação dos atores	37
Quadro 7	Elaboração do Plano Operativo	40
Quadro 8	Acompanhamento do plano de ação	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
GSS	Gorduras saturadas e Sódio.
FRCV	Fatores de Risco Cardiovasculares.
CHDM	Centro Hiperdia Minas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DCV	Doença Cérebro Vascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde Família
MG	Minas Gerais
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade do Ministério da Saúde
SESMG	Secretaria Estadual de Saúde Minas Gerais.
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo geral	17
3.2	Objetivos específicos	17
4	METODOLOGIA.....	18
5	REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1	Gorduras saturadas e sódio.....	20
5.1.1	Definição dos tipos de lipídeos	20
5.2	Redução do alto consumo de gorduras saturadas e sódio na alimentação.....	23
5.3	Fatores associados ao alto consumo de gorduras saturadas e sódio na alimentação.....	24
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1	Diagnóstico situacional	27
6.2	Hiperdia	27
6.3	Proposta de intervenção	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

Segundo a tradição, o povoado que deu origem ao município de São Miguel do Anta teria surgido em torno de uma capela, erguida em honra a Nossa Senhora da Conceição, em terras doadas por fazendeiros, no início do século XIX. Os moradores batizaram o lugar de São Miguel do Anta, devido à ligação com a Paróquia de São Sebastião da Pedra do Anta. Em 1857, tornou-se distrito de paz na freguesia do Anta, com o nome de São Miguel. A Paróquia foi criada em 1866, ligada ao município de Ponte Nova. Com a luta de Ovídio Dias Ferraz, farmacêutico conhecido em toda a região e filho do Coronel Antônio Dias Ferraz, Ovídio Ferraz chegou a viajar até o Rio de Janeiro para audiência com o então presidente da República Getúlio Vargas para emancipação do lugarejo. São Miguel do Anta emancipou-se em 1953, com território desmembrado de Viçosa/MG (RODRIGUES; CHEIK; MAYER, 2008)

Na Zona Rural de São Miguel do Anta uma das principais localidades rurais é Capivara, localizada entre São Miguel e Ervália. Está inserida na mesorregião da Zona da Mata, tem uma área de aproximadamente 185 Km² e uma população de 3154 habitantes, segundo censo do IBGE (2010).

Capivara situa-se a sudeste do Estado de Minas Gerais, limitando-se ao norte com o município de São Miguel do Anta, a leste com os municípios de Cajuri, a oeste com o município de Viçosa e ao sul com o município de Ervália (RODRIGUES, CHEIK; MAYER, 2008).

Entre 2000 e 2010, a população de Capivara teve uma taxa média de crescimento anual de 1,89%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de -0,17%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 35,67%. Neste mesmo período, a razão de dependência de São Miguel do Anta passou de 55,72% para 45,31%. O índice de envelhecimento evoluiu de 10,12% para 10,36%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 63,90% para 51,72%, enquanto o índice de envelhecimento evoluiu de 6,89% para 9,12% (RODRIGUES, CHEIK; MAYER, 2008).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é o órgão de planejamento, coordenação, execução e controle das atividades relacionadas com a saúde. Foi criado em 1993, por meio da lei nº1142 de 1993, é paritário, sendo metade dos conselheiros representantes do governo, prestadores de serviço conveniados ao SUS e profissionais de saúde e, a outra metade, representantes de usuários. O CMS é composto por 16 conselheiros. Suas reuniões ordinárias são mensais (FARIA *et al.*, 2008).

De acordo com Faria *et al.* (2008) a Saúde da Família é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, que possui como diretriz a adstrição da clientela, visita domiciliar, cadastramento, trabalho em equipe, caráter substitutivo, entre outros. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Na Estratégia Saúde da Família a atenção básica é considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo garantido o direito de acesso e de atendimento integral, em uma rede regionalizada e hierarquizada. As abordagens desse território pelas equipes de saúde, deve se dar através da realização do diagnóstico situacional de saúde, onde são identificados perfis de morbimortalidade da área de abrangência, como seus aspectos demográficos; os riscos e vulnerabilidades epidemiológicos; e nos contextos sociais, mas em especial, devem-se considerar as potencialidades existentes na comunidade, e suas singularidades no modo de levar a vida e manutenção da saúde.

O acesso à Unidade Básica de Saúde de Capivara é feito por meio de transporte público, particular e ou a pé, sendo a última, a forma mais utilizada pelos usuários. São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, entrega de medicamentos, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros (PSF Capivara, 2015).

A população adscrita tem um total de 459 famílias com 3154 pessoas. A Equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, um auxiliar de cirurgião dentista (ACD), sendo uma ESF com saúde bucal (modalidade I)

, pois compreende uma área rural. Além de profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Técnico em Farmácia do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que comparecem à unidade uma vez por semana (PSF Capivara, 2015).

As consultas são agendadas previamente e diariamente a equipe atende à demanda espontânea que passa por uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Também tem o sistema acolhimento com classificação de risco para os casos de urgências e emergências médicas. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até a unidade, por alguma condição de incapacidade, recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, dentre outros profissionais. Tais visitas são agendadas previamente pelas agentes comunitárias de saúde que estão dia-a-dia nas suas respectivas microáreas realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde e de orientação ao usuário; ou por qualquer outro profissional que, em consulta, sente a necessidade junto ao usuário de realizar a visita domiciliar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas relacionadas à saúde pública percebe-se que o alto consumo de gorduras saturadas e sódio têm alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública (BERTIN *et al.*, 2009).

As gorduras saturadas aumentam o risco de dislipidemias, como também de doenças cardiovasculares, sendo que os fatores de risco mais comuns para tais doenças são os hábitos alimentares errôneos (dieta rica em calorias, gorduras saturadas, colesterol e sal). De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país representando cerca de 31,2% dos óbitos em todas as regiões, à frente das neoplasias, responsáveis por 16,7%. Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com hábitos alimentares errôneos deve ser prioridade na Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado desse fator de risco são essenciais para diminuição a aparição de fatores de riscos dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

Segundo Costa *et al.* (2009) a preocupação com a assistência à saúde dos indivíduos acometidos por o alto consumo de gorduras saturadas e sódio se justifica em virtude das possibilidades de surgimento de fatores de riscos e doenças cardiovasculares, além de Doença Cérebro Vascular (DCV), ressaltando a importância da prevenção.

Este aspecto gerou uma motivação para a realização deste trabalho uma vez que se faz urgente aos profissionais de saúde da família que lidam diretamente com esta população, compreender melhor os riscos no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de promoção e prevenção.

Na área de abrangência do PSF Capivara há 1147 indivíduos com consumo excessivo de gorduras saturadas e sódio cadastrados, o que representa 31,54% da população local, baseado nos registros de equipe e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Destes 1147 pacientes, 275 são hipertensos 275, 148 são obesos, 328 tem hiperlipidemia, cinco tem sequelas de doenças cerebrovasculares, e 3 tem insuficiência renal crônica em diálise.

Um dos principais problemas desta comunidade é a grande demanda por atendimento de pacientes com hábitos nutricionais errôneos, fatores de riscos cardiovasculares e com doenças crônicas não transmissíveis descompensadas, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), Doença Cérebro Vascular (DCV), também é evidente durante as consultas médicas e de enfermagem.

Dessa forma, devido à alta prevalência de dietas errôneas na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que uma proposta de intervenção seja importante e possibilite melhoria das condições da saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionada às Doenças Cardiovasculares e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

A conscientização da população pela equipe de saúde mediante a educação permanente e atividades de promoção e prevenção de saúde é necessária; o cumprimento das ações de saúde programadas pela equipe e a busca de forma ativa dos pacientes faltosos às consultas são muito importantes. É fundamental, também, que a equipe conheça sua população, que faça o cadastro sistemático de todos os pacientes da área de abrangência, que identifique aqueles que têm risco aumentado para fatores de riscos cardiovasculares resultantes do alto consumo de gorduras saturadas e sódio (COSTA *et al.*, 2009).

Baseado nisto, o PSF Capivara compreendeu a necessidade existente de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada. Espera-se que este plano tenha a capacidade de influenciar no comportamento dos pacientes, melhorar os indicadores de adesão a mudanças de o estilo de vida e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas aumentar a adesão de pacientes com elevado consumo de gordura saturada e de sódio a hábitos nutricionais saudáveis na área da saúde da comunidade de Capivara, município São Miguel do Anta, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão aos hábitos nutricionais saudáveis e com alto consumo de gorduras saturadas e sódio no PSF Capivara, município São Miguel do Anta;
- Desenvolver ações educativas junto aos pacientes com hábitos errôneos alimentares, fatores de riscos cardiovasculares e doenças crônica não transmissíveis, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa problemática.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração desta proposta de intervenção foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

O diagnóstico situacional foi realizado como uma das atividades do módulo de *Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde da Unidade Didática I*, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Contou-se com a colaboração de toda a equipe de saúde para ser elaborado, principalmente das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Foi realizado pelo método de estimativa rápida, respeitando-se os três princípios dessa estratégia, que são eles: coletar somente os dados pertinentes para o trabalho, obter informações que possam refletir as condições da realidade local e, envolver a população na realização deste processo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dados levantados foram coletados nos registros da equipe, fontes secundárias, em entrevistas com informantes-chave da área de abrangência e na observação ativa do território e dos serviços oferecidos. Os dados posteriormente foram analisados e interpretados para a conclusão do diagnóstico situacional. Vários problemas foram identificados pela equipe Capivara durante o diagnóstico situacional, mas foi considerado prioritário aquele que a equipe viu ser possível ser realizado.

Na segunda etapa foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e do Ministério de Saúde (MS), utilizando as seguintes palavras-chaves: gorduras saturadas e sódio, fatores de riscos de doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial, Obesidade, Hiperlipidemia, Atenção Primária à Saúde. Foram selecionados estudos a partir de 2006. Na análise foram identificados artigos, teses, monografias. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Na terceira etapa elaborou-se a proposta de intervenção baseada no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que propõe a partir de seus fundamentos e métodos, o desenvolvimento do planejamento comum do processo participativo. Dessa maneira, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em questão. Por meio dessa participação é

possível enriquecer o processo de planejamento, criar corresponsabilidades dos atores com a efetivação do plano de ação, possibilitando mais legitimidade e viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Identificam-se quatro momentos que caracterizam o processo do PES: o momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. “Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontra-se intimamente relacionados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.31).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Gorduras saturadas (GSS)

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. Uma das ações mais importantes para a promoção da saúde da população é o desenvolvimento de hábitos saudáveis, merecendo destaque as ações de promoção da alimentação saudável. De acordo com Poulain, a escolha alimentar tem grande relação com as regras impostas pela sociedade e também com a representação simbólica do alimento. Essas regras são definidas pelo modo de preparo dos alimentos, pela apresentação dos pratos e pelos rituais das refeições (RIBEIRO, 2010).

De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira o consumo de gorduras totais e de ácidos graxos saturados apresentam uma ordem crescente. Em contraste, a recomendação para ingestão de gorduras e óleos na alimentação pode variar de 15% a 30% da energia total, já a quantidade de gordura saturada não deve ultrapassar 10% do total de energia da dieta (BRASIL, 2006).

As gorduras saturadas aumentam o risco de dislipidemias, como também de doenças cardiovasculares, sendo que os fatores de risco mais comuns para tais doenças são os hábitos alimentares errôneos (dieta rica em calorias, gorduras saturadas, colesterol e sal), além do consumo excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo⁹. A gordura saturada possui, ainda, um grande efeito sobre o colesterol sérico, no sentido de aumentar seus níveis, sendo que esses só são satisfatoriamente controlados se houver diminuição no consumo de gorduras saturadas (RIBEIRO, 2010).

5.1.1 Definição dos tipos de lipídios

Lipídios simples – são os triglicerídeos que têm em sua composição os ácidos graxos. Os triglicerídeos constituem a principal forma de armazenamento de gorduras nas células adiposas.

Lipídios compostos – São os fosfolipídios, os glicolipídeos, a lecitina e as lipoproteínas.

Lipídios derivados – O colesterol é o mais conhecido. É formado a partir dos lipídeos simples e compostos existindo em todos os tecidos dos animais. Os ácidos graxos podem ser **insaturados** ou **saturados**.

A classificação das gorduras encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1- Classificação das gorduras.

CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE LIPÍDIOS NO SANGUE	
Nível	Classificação
<i>Colesterol Total</i>	
Menor que 200 mg/dL	Desejável
200 – 239 mg/dL	Limítrofe alto
Maior ou igual que 240 mg/dL	Alto
<i>HDL</i>	
Menor que 40 mg/dL	Baixo (considera-se 50 mg/dL para mulheres)
Maior que 60 mg/dL	Alto
<i>LDL</i>	
Menor que 100 mg/dL	Ótimo
100 – 129 mg/dL	Próximo do Ótimo
130 – 159 mg/dL	Limítrofe Alto
160 – 189 mg/dL	Alto
Maior que 190 mg/dL	Muito Alto
<i>TRIGLICERÍDIOS</i>	
Menor que 150 mg/dL	Normal
150 -199 mg/dL	Limítrofe Alto
200 499 mg/dL	Alto
Acima de 500 mg/dL	Muito Alto

Fonte: <https://www.abcdasaude.com.br/medicina-interna/entendendo-melhor-as-gorduras-beneficios-e-danos-a-saude> .

5.2 Sódio

São várias as evidências que relacionam o consumo excessivo de sal ao desenvolvimento de doenças crônicas. Nos países ocidentais, o consumo de sal é elevado tanto na preparação como na conservação dos alimentos. Além disso, há a utilização de realçadores de sabor, como por exemplo, o glutamato monossódico, que é um condimento bastante aceitável entre os jovens (ALVES, 2007). Não existe um limite para a adição do glutamato monossódico nos alimentos, sendo permitida pela Legislação Brasileira (Resolução RDC n. 1, de 2 de Janeiro de 2001, da ANVISA) adicionar a quantidade necessária (*“quantum satis”*) para dar o sabor esperado (RIBEIRO, 2010).

Assim, a maior parte das pessoas, e até mesmo as crianças, consomem níveis de sódio além de suas necessidades, ou seja, mais que 6g de sal diárias (2,4g de sódio) (RIBEIRO, 2010). Esse consumo excessivo é uma das causas mais importantes de hipertensão arterial, que é vista como um dos problemas da saúde pública de mais difícil controle. Outros fatores nutricionais também se associam à alta prevalência de hipertensão arterial, como o elevado consumo de álcool e o excesso de peso (RIBEIRO, 2010).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BASEGGIO *et al.*, 2010).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 anos ou mais. Portanto, em decorrência da alta morbimortalidade associada à HAS e dos custos elevados para o seu tratamento (principalmente o custo de suas consequências), torna-se imprescindível um diagnóstico e o tratamento adequados para a modificação da história natural da doença hipertensiva (NOBRE; SAMMOUR; COSTA SOBRINHO, 2010).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (NOBRE; SAMMOUR; COSTA SOBRINHO, 2010).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no país e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (LIMA *et al.*, 2000).

5.3 Redução do alto consumo de gorduras saturadas e sódio na alimentação

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Alimentação em revisão dos estudos de base populacional da última década no país, o alto consumo de gorduras saturadas e sódio em adultos brasileiros atinge patamares que demonstram a necessidade de intervenção imediata da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas que visem à abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (NOBRE; SAMMOUR; COSTA SOBRINHO, 2010). O objetivo primordial da redução do alto consumo de gorduras saturadas e sódio é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares.

Fuchs (2004) afirma que a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América e do

Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce.

5.4 Fatores associados ao alto consumo de gorduras saturadas e sódio

O alto consumo de gorduras saturadas e sódio constitui um dos fatores favorecedores da produção de doenças cardiovasculares junto a outros tais como obesidade ingestão de álcool, sedentarismo associados a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios e nas musculaturas cardíaca e vascular. Grande parte dos pacientes internados em unidades coronarianas e cardíacas de tratamentos intensivos tem como doença base a hipercolesterolemia, a obesidade, a HAS e diabetes mellitus, despertando assim, o interesse em pesquisar a razão pela qual o paciente não adere às mudanças do estilo de vida saudável (RIBEIRO, 2010).

O principal fator que determina um baixo controle dos hábitos alimentares errôneos se dá em tratar, em muitos casos, as doenças já estabelecidas e não os fatores que a produzem, e trata-se, também, de doenças de aparecimento assintomático. Sendo assim seu diagnóstico e tratamento acabam sendo frequentemente negligenciado, associando a baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito (BOSSAY *et al.*, 2006).

É importante salientar, que um número substancial de pacientes com fatores de riscos e hábitos errôneos de alimentação acabam abandonando o tratamento depois de alguns meses, em função de vários fatores ligados a problemas financeiros ou falta de informação sobre a importância da manutenção do tratamento pelo resto da vida. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em modificar seu estilo de vida e adquirir hábitos nutricionais saudáveis é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente (ANDRADE *et al.*, 2006).

Também é importante lembrar que um grande contingente de pacientes com hábitos nutricionais inadequados apresenta outras morbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (ALMEIDA, 2004).

Os efeitos dos diferentes tipos de gordura têm sido muito estudados nos últimos tempos. As recomendações atuais são de reduzir a ingestão de gordura,

principalmente das gorduras saturadas, pois elas têm maior propensão de elevar o colesterol. A ingestão de alimentos com grande quantidade de colesterol irá aumentar o colesterol sanguíneo. Por outro lado, gorduras poli-insaturadas (PUFA, iniciais do inglês *polyunsaturated fatty acids*), encontradas em óleos vegetais, têm menos efeitos danosos sobre os níveis de colesterol. Apesar disso, devido ao fato de se desconhecer o efeito a longo prazo do consumo de grandes quantidades desta gordura, recomenda-se que a ingestão deste tipo de gordura não ultrapasse 10% da ingestão calórica total. As gorduras poli-insaturadas (líquidas à temperatura ambiente) têm sido modificadas pela hidrogenação, o que modifica algumas ligas duplas dos ácidos graxos insaturados para uma configuração química chamada de trans. Esta gordura tem sido muito utilizada pela indústria alimentícia. O problema é que estes ácidos graxos trans exercem os mesmos efeitos negativos das gorduras saturadas de aumentar o LDL (colesterol “ruim”), porém, com a agravante de piorar o HDL (colesterol “bom”) (MEJIAS *et al.*, 2015).

Em estudo realizado na universidade central de Guarapuava-Paraná revelou que os estudantes citaram a preocupação com a saúde como um dos principais fatores formadores do hábito alimentar. Por outro lado, o estilo de vida adotado, especialmente após o ingresso na universidade, assim como os erros alimentares e o histórico de doenças na família, contribui como fatores de risco à saúde dos universitários (RIBEIRO, 2010).

Como descrito por Lima *et al.* (2009), as consequências causadas pela não adesão ao tratamento adequado da HAS, são fatores importantes para uma das maiores causas de morbimortalidade universal, tornando-se assim, um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva, levando a incapacidade física e até a morte prematura.

A identificação de fatores determinantes da não aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento é, portanto, de vital importância na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios. Uma vez identificados esses fatores devem ser permanentemente incorporados como objetos de intervenção da prática médica, a fim de que se almeje o controle adequado dos níveis pressóricos dos hipertensos, reduzindo os elevados índices epidemiológicos

de complicações clínicas, internações hospitalares e o alto custo do tratamento (BOSSAY *et al.*, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico situacional

Os problemas identificados foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis como as fichas de produção diária e mensal da Equipe PSF Capivara.

Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades), a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados. A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: importância do problema (alto, médio, baixo), urgência e capacidade de enfrentamento. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, o alto consumo de gorduras saturadas e sódio dos usuários no PSF Capivara foi citado como o principal problema da população atendida. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade da ingestão excessiva de gorduras e sódio, negligência em relação à frequência às consultas periódicas e falta de adesão às mudanças de estilo de vida.

Na área de abrangência o alto consumo de gorduras saturadas é um fator de risco de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 36,3%. A maioria dos pacientes com hábitos nutricionais errôneos identificados na comunidade apresentam fatores de risco associados como obesidade, hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, estresse e sedentarismo.

O alto consumo de gorduras saturadas e sódio dos usuários tem muito impacto na comunidade, pois é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares.

6.2 Hiperdia

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou diabetes *mellitus* atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde,

funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

Tem como benefício orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção e permitir conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do diabetes *mellitus* na população. Cadastra e acompanha a situação dos portadores de HAS e/ou diabetes *mellitus* em todo o país; gera informações fundamentais para os gerentes locais, gestores das secretarias e Ministério da Saúde; disponibiliza informações de acesso público com exceção da identificação do portador e envia dados ao CadSUS (BRASIL, 2011).

O Programa Hiperdia Minas, estabelecido conforme Resolução SES Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010, tem como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com HAS, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Como resultado, espera-se que esse programa possibilite o aumento da longevidade da população mineira, acompanhado da melhoria de sua qualidade de vida, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por essas patologias (MINAS GERAIS, 2010).

Em nível de Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede Hiperdia Minas ancora-se na prática de novas diretrizes clínicas, especialmente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional dessas condições crônicas, as quais foram estratificadas e, a partir disso, determinou-se toda a organização da assistência, ou seja, as competências da APS, as atribuições dos seus profissionais e a atenção programada a esses usuários (MINAS GERAIS, 2010).

Em nível de Atenção Secundária à Saúde, a Rede Hiperdia Minas tem como uma de suas principais estratégias a implantação de Centros de Atenção Secundária para usuários com essas condições crônicas e maior complexidade, denominados Centros Hiperdia Minas (CHDM). Os objetivos gerais dos CHDM são: reduzir a mortalidade e as complicações preveníveis por HAS, diabetes mellitus, doença cardiovascular e doença renal crônica e melhorar a qualidade de vida dos usuários com essa condição na população coberta (MINAS GERAIS, 2010).

Em nível de Atenção Terciária à Saúde, a Rede Hiperdia Minas propicia um suporte aos usuários com hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e doença renal crônica em situação de urgência e emergência e de

mais alta complexidade, por meio de redes parceiras, as quais disponibilizam exames e procedimentos que exijam maior densidade tecnológica (MINAS GERAIS, 2010).

A atenção programada é uma importante ferramenta de gestão da clínica. Esse instrumento subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção aos usuários; possibilita a adesão ao tratamento e a prevenção das complicações, da ocorrência de agudizações dessas condições crônicas, das hospitalizações e da mortalidade (MAFRA *et al.*, 2008).

A programação local deve ser elaborada em cada ponto de atenção à saúde de uma rede de atenção. A programação local deve ser feita idealmente com periodicidade anual, utilizando-se os parâmetros de prevalência, programação e assistência (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009). O Quadro 2 apresenta os parâmetros de assistência para os usuários com HAS, por estrato e procedimento na atenção primária à saúde.

Quadro 2- Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento na atenção primária à saúde.

Procedimentos Previstos	Baixo risco Cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco Cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco Cardiovascular global (25% dos usuários)
Consultas médicas	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consultas de Enfermagem	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo ACS	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Electrocardiograma	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Raio X de tórax	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

6.3 Passo a passo da intervenção

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), depois de discutido e realizados o diagnóstico situacional é necessário que se construa uma proposta de intervenção na área de abrangência, para definição das ações, implementação e enfrentamento dos problemas identificados, seguindo passo a passo. A Proposta de intervenção para o PSF Capivara foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir.

➤ Primeiro passo

Após diagnóstico situacional foram selecionados os seguintes problemas da área de abrangência do PSF Capivara, município São Miguel do Anta-MG: alto consumo de gorduras saturadas e sódio; alta prevalência de HAS e Diabetes *mellitus*; desconhecimento das doenças crônicas e suas complicações; pouca adesão aos projetos e atividades educativas; alto índice de consumo de entorpecentes e alcoolismo; alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos; gravidez em adolescentes; alta incidência de parasitismo intestinal e; baixa condição socioeconômica.

➤ Segundo passo

No segundo passo foi realizada a priorização dos problemas. Os problemas priorizados pelo PSF Capivara considerando os seguintes critérios foram: importância, urgência e principalmente pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. O Quadro 2 descreve a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Capivara, São Miguel do Anta-MG.

Quadro 2: Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional na área de abrangência do PSF Capivara, São Miguel do Anta-MG, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto consumo de gorduras saturadas e sódio.	Alta	9	Parcial	1
Alta prevalência de HAS e Diabetes <i>mellitus</i>	Alta	9	Parcial	2
Desconhecimento das	Alta	8	Parcial	3

doenças crônicas e suas complicações				
Pouca adesão aos projetos e atividades educativas	Alta	8	Parcial	4
Alto índice de entorpecentes e alcoolismo.	Alta	7	Parcial	5
Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos	Alta	6	Parcial	6
Presença de gravidez em adolescentes.	Alta	5	Parcial	7
Alta incidência de parasitismo intestinal	Alta	7	Parcial	8
Baixa condição socioeconômica	Alta	4	Fora	9

Fonte: próprio autor, 2015.

➤ Terceiro passo

Após a priorização dos problemas foi feita a descrição dos mesmos. O problema selecionado foi o alto consumo de gorduras saturadas e sódio. Dos 3.154 usuários cujos prontuários foram analisados, 36,3% tem hábitos nutricionais errôneos (alto consumo de gorduras não saturadas e sódio).

O Quadro 3 descreve o problema selecionado.

Quadro 3: Descritores do problema do alto consumo de gorduras não saturadas e sódio” do PSF Capivara, 2014.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Pacientes cadastrados com alto consumo de gorduras saturadas e sódio	1147	Autor (2014)
Hipertensos	275	Registros da equipe

➤ **Quarto passo**

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. No PSF Capivara tem-se 1147 pacientes cadastrados com alto consumo de gorduras saturadas e sódio.

O controle dos fatores de risco é imprescindível para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares (MEJIAS, 2015). Nem todos os pacientes cadastrados estão sendo avaliados pelos protocolos de nutrição do Ministério de Saúde, conseqüentemente percebe-se que muitos não recebem acompanhamento adequado. Como conseqüência, ocorre baixa adesão a mudanças do estilo de vida.

Os fatores que influenciam negativamente o alto consumo de gorduras e sódio são: baixo nível de conhecimento e informação sobre alimentação saudável, necessidade de mudança de estilo de vida, ausência de sintomas, complexidade do tratamento dietético terapêutico, pouca adesão a projetos e atividades educativas, variáveis sociodemográficas, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais, e idade do paciente (PSF Capivara 2015).

➤ **Quinto passo**

No quinto passo a equipe realizou uma análise para identificar entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema selecionado. Para realizar essa análise utilizou-se o conceito de “no crítico”. Para Campos, Faria e Santos (2010, p.65), o “no crítico” é “um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Nesta proposta de intervenção elencaram-se três nós críticos relacionados aos usuários com alto consumo de gorduras saturadas e sódio descritos no Quadro 4.

➤ **Sexto passo**

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

1. Descrever as operações utilizadas para enfrentar as causas selecionadas como nós críticos;
2. Identificar os produtos e resultados para cada operação;

3. Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

No Quadro 4 estão apresentados os desenhos das operações para os nós críticos seleccionados.

Quadro 4: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema “O alto consumo de gorduras saturadas dos usuários”.

Nó crítico	Operação/projeto	Objetivo da operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Responsáveis	Período de realização
- Baixo nível de informação e conhecimento da população sobre a importância de nutrição saudável, dos fatores de risco, prevenção às doenças não transmissíveis	Bem Informado	- Aumentar o nível de informação da população sobre a importância de nutrição saudável, dos fatores de risco, prevenção às doenças não transmissíveis.	- Redução do número de usuários da UBS Capivara com alto consumo de gorduras saturadas e sódio. - Maior capacitação da Equipe sobre atividades relacionadas à alimentação.	- Grupo operativo coordenado por uma equipe multiprofissional (ESF e NASF) sobre nutrição saudável.	Equipe de Saúde da PSF Capivara.	De 3 a 6 meses.
- Não seguimento das recomendações dos protocolos clínicos (ministerial/estadual/municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família propostas para a redução do alto consumo de gorduras saturadas e sódio.	Utilização dos protocolos clínicos	- Implantar o protocolo municipal existente para assistência ao programa de alimentação.	- Cumprimento dos protocolos clínicos para o programa de nutrição saudável; - Assistência adequada e padronizada para os usuários cadastrados no programa de nutrição saudável; - Alcance das metas preconizadas para o bom controle clínico de pacientes com alimentação inadequada.	- Protocolo de atendimento a pacientes com alimentação errônea; - Capacitação da equipe a respeito do Protocolo para nutrição saudável.	Nutricionista, médico e enfermeiros.	De 3 a 6 meses.
- Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentamento ao problema	Linha do cuidado	- Implantar a linha do cuidado para o paciente portador de hábitos alimentares inadequados.	- Cobertura de 100% da população com hábitos alimentares inadequados (garantia de atendimento e acompanhamento).	- Linha do cuidado para paciente portador de nutrição errônea; - Recursos humanos capacitados; - Mecanismos de referência e contra referência, de controle do comparecimento nas consultas médicas e nos grupos operativos.	Equipe de Saúde da PSF Capivara.	De 3 a 6 meses.

Fonte: Próprio autor, 2015.

➤ **Sétimo passo**

O objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Esses recursos encontram-se no Quadro 5.

Quadro 5 : Recursos críticos para implantação da proposta de intervenção na UBS Capivara, São Miguel do Anta/MG, 2015.

Operação/projeto	Recursos necessários
Bem informado	Cognitivo: Informação sobre os temas que serão apresentados no grupo e nas capacitações, elaboração do projeto, estratégia de comunicação e metodologia a ser aplicada. Político: Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais, mobilização social. Financeiro: Recursos audiovisuais, folder/cartilha educativos. Organizacional: Organização da agenda dos profissionais, da estrutura física necessária para desenvolver os trabalhos.
Utilização dos protocolos clínicos	Cognitivo: Conhecimento sobre os protocolos (ministerial e municipal) sobre o Programa de nutrição saudável. Político: Articulação intersetorial. Aumento dos recursos necessários para cumprimento do protocolo (aumento das cotas de exames, consultas especializadas, medicamentos do programa, equipamentos), capacitação da equipe quanto aos protocolos, adesão dos profissionais. Financeiro: Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF, recursos necessários para a estruturação do serviço. Organizacional: Estrutura física necessária para realizar os atendimentos, recursos humanos que compõem a ESF, organização da agenda dos profissionais.
Linha do cuidado	Cognitivo: Elaboração do projeto linha de cuidado. Político: Articulação Intersetorial. Adesão dos profissionais. Financeiro: Aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos. Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).

Fonte: próprio autor, 2015.

➤ **Oitavo passo**

No oitavo passo, momento estratégico, foi realizado a análise de viabilidade do plano. Nesta etapa é necessário identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações-ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A síntese desse passo encontra-se apresentada no Quadro 6.

Quadro 6 : Propostas de ações para a motivação dos atores para implantação da proposta de intervenção na UBS Capivara, São Miguel do Anta/MG, 2015.

Operação/ projeto	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
	Ator que controla	Motivação	
Bem informado	Profissionais de Saúde da UBS Capivara.	Favorável	Apresentar proposta de intervenção à Equipe da UBS Capivara.
	Usuários da área de abrangência/ líderes comunitários.	Indiferente	Apresentar a proposta de intervenção à comunidade, em reuniões comunitárias e associações do bairro.
	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	Apresentar a proposta de intervenção da Equipe.
Utilização dos protocolos clínicos	Prefeitura Municipal de São Miguel do Anta/Secretaria Municipal de Saúde	Indiferente	Apresentar aos gestores a proposta de implantação dos protocolos já existentes para nutrição saudável e a lista de recursos necessários ao cumprimento do protocolo.
	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS)	Indiferente	Apresentar a proposta à Coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.
	Profissionais de saúde da UBS Capivara	Favorável	Não é necessária.
	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS)	Favorável	Não é necessária.
	Prefeitura Municipal/ Secretaria Municipal de saúde	Favorável	Não é necessária
		Indiferente	Apresentar aos gestores a necessidade de contratação de profissionais para implantação dos protocolos clínicos.
Linha do cuidado	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Reforçar junto à Secretaria Municipal de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.

Fonte: Próprio autor, 2015.

➤ **Nono passo**

No nono passo, ainda no momento estratégico, consistiu na elaboração do plano operativo, com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das intervenções (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O prazo proposto para realização do projeto foi de seis meses, de janeiro de 2015 a junho de 2015. A atribuição de tarefas e prazos encontra-se sumarizada no Quadro 7.

Quadro 7: Elaboração do Plano Operativo para implantação da proposta de intervenção na UBS Capivara, São Miguel do Anta/MG, 2015.

Operações	Responsáveis	Prazo
Bem informado	Enfermeira, nutricionista Agentes Comunitários Médico.	Início: em três meses Término: indeterminado
Utilização dos protocolos clínicos	Médico Enfermeira.	Início: dois meses.
Linha do cuidado	Enfermeira	Início: três meses.

Fonte: Próprio autor, 2015.

➤ **Décimo passo**

No décimo passo, momento tático-operacional, foi descrita a gestão do plano, cujos objetivos foram desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O Quadro 8 apresenta as estratégias de acompanhamento do plano de ação.

Quadro 8: Estratégias de acompanhamento do plano de ação para implantação da proposta de intervenção na UBS Capivara, São Miguel do Anta/MG, 2015.

Operação: Bem Informado						
Coordenação: Enfermeira da equipe do PSF Capivara						
Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apresentação da proposta de intervenção	Programação Mensal	Enfermeira	Até Dez/2015	Programa a ser implantado	Agenda do NASF sendo organizada.	3 meses.
Aumentar o nível de Informação da população sobre nutrição saudável	Programação mensal	Enfermeira	Jan a Dez/2015	Programa a ser implantado	Ainda em discussão.	3 meses
Palestras Educativas	Programação mensal	Enfermeira	1x/mês	Programa a ser implantado	Agenda sendo organizada.	2 meses
Capacitação dos ACS	Programação mensal	Enfermeira	Durante 2 meses	Projeto apresentado	Processo de educação em andamento.	3 meses
Operação: Utilização dos protocolos clínicos						
Coordenação: Médico						
Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apresentação da proposta de intervenção	Programação Mensal	Médico	Jul/2015	Projeto apresentado	Processo de educação em andamento.	2 meses
Cumprimento dos protocolos clínicos no tratamento e acompanhamento dos pacientes com alto consumo de gorduras saturadas e sódio	Programação mensal	Médico	Jan a Fev/2015	Projeto apresentado	Processo de educação em andamento.	4 meses

Capacitação dos médicos e enfermeira	Programação mensal		Durante dois meses	Programa ainda em discussão com a coordenação.	Em discussão	1 mês
Operação: Linha do Cuidado						
Coordenação: Médico						
Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apresentação da proposta de intervenção	Programação mensal	Médico	Jan/2015	Projeto apresentado	Processo de educação em andamento.	3 meses
Garantia de atendimento e acompanhamento 100% de pacientes com alto consumo de gorduras saturadas e sódio.	Programação mensal	Médico	Jan a Jun/2015	Projeto apresentado	Agenda sendo organizada	3 meses

Fonte: Próprio autor, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alto consumo de gorduras saturadas e sódio vêm se comportando como a epidemia moderna nos dias atuais, e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado nesta proposta de intervenção, este fator de risco está cada vez mais crescente na população adulta brasileira.

Diante de o alto consumo de gordura saturada e sódio na população atendida no PSF Capivara, São Miguel do Anta/MG, verificou-se que os fatores que influenciavam este tipo de comportamento eram o baixo nível de conhecimento e informação sobre nutrição saudável pela comunidade, necessidade de mudança de estilo de vida, ausência de sintomas, complexidade de o regime alimentar terapêutico, pouca adesão a propostas e atividades educativas, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, variáveis sociodemográficas, crenças de saúde, hábitos de vida, aspectos culturais, e idade do paciente.

Para reduzir o alto consumo de gordura saturada e sódio é importante que os serviços de saúde, principalmente o PSF trace estratégias de ação, que contribuam para o sucesso das mudanças no estilo de vida da população, tratamento e efetividade das ações de saúde.

É de suma importância que os atendimentos dos pacientes sejam baseados na realidade dos mesmos, de tal modo que eles possam encontrar na equipe de saúde apoio e confiança. Desta forma, eles poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilos de vida, realizar o tratamento e desenvolver as práticas de autocuidado, visando prevenir complicações e garantir uma melhoria na sua qualidade de vida.

O plano de ação se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia. Por meio dele levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, facilitando sua resolução.

A elaboração da proposta de intervenção no PSF Capivara foi de suma importância para poder traçar metas e ações que proporcionam um atendimento humanizado a esses usuários, com a finalidade de manter melhorar a qualidade de sua alimentação e vida de acordo com os preceitos do Ministério da Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

AHRENS, E.M. *et al.* The influence of dietary fats on serum lipids in man. **Lancet**, n.272, p.943-53, 1957.

ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz.** Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

ALVES, H.J.; BOOG, M.C.F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p.197-204, 2007.

ANDRADE J. P. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v.79, n.4, 375-9, 2006.

ANDRADE, R.G.; PEREIRA, R.A.; SICHIERI, R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública** v.19, p.1485-95, 2003.

BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.9-17, 2009.

BASEGGIO E.C. *et al.* Avaliação do Risco Cardiovascular com Base na Escala de Framingham. **XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica.** Universidade do Vale do Paraíba, 2010.

BERTIN, R.L. *et al.* Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino da cidade de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.8, n.4, p.435-43, 2002.

BONOMO, E. *et al.* Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1461-71, 2003.

BORGES, C.M.; LIMA FILHO, D.O. Hábitos Alimentares dos Estudantes Universitários: Um Estudo Qualitativo. In: **VII Semead - Seminários em Administração de Empresas - FEA/USP**, 2004.

BOSSAY D. *et al.* Fatores Associados à Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal Brasil. **Revistas Científicas de América Latina. Ensaios e Ciência**, v.10, n.3, p.73-82, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 71p, 2007.

BRASIL. Portal Saúde. Ministério da Saúde. **'Saúde Não Tem Preço': inicia distribuição de remédios gratuitos contra hipertensão e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2da ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

CASTRO, R.A.A.; MONCAU, J.E.C.; MARCOPITO, L.F. Hypertension prevalence in the city of Formiga, MG (Brazil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.88, n.5, p. 301-6, 2007.

COSTA G.D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p.11, 2009.

COTTA, R.M.M. *et al.* Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de Nutrição**, v.22, n.6, p.823-35, 2009.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.82, n.1, p.265-73, 2005.

FARIA, H. P. de *et al.* **Modelo assistencial e a atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 68p, 2008.

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.4, p.595-603, 2009.

FRANCA, C.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.3, p.420-7, 2008.

FREITAS, O.C. *et al.* Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.77, n.3, p.16-21, 2001.

FUCHS F.D. **Hipertensão arterial sistêmica**. In: Duncan B.B, Schmidt M.I, Giugliani E.R.J. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, p.641-56, 2004.

GODOY, F.C. *et al.* Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. **Revista de Nutrição**, v.19, n.6, p.663-71, 2006..

GUIMARÃES, C.P.; LANFER-MARQUEZ U.M. Estimativa do teor de fenilalanina em sopas desidratadas instantâneas: importância do nitrogênio de origem não proteica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.41, p.365-75, 2005.

GUS, I. *et al.* Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.83, n.2, p.429-33, 2004.

GUTHRIE, J.F.; LIN, B.; FRAZAO, E. Role of food prepared away from home in the American diet, 1977- 78 versus 1994-96: changes and consequences. **J Nutrition Educational Behavior**, v.34, n.3, p.140-50, 2002.

HABERMAN, S.; LUFFEY, D. Weighing in college student's diet and exercise behaviors. **Journal American Coll Health**, v.46, n.4, p.189-91, 1998.

HUANG, Y. *et al.* What do college students eat? Food selection and meal pattern. **Nutrition Research**, v.14, n.8, p.1143-53, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE FOOD AND NUTRITION BOARD. Dietary reference intakes. **Energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids**. Washington: National Academy Press; 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional 2010**. Acesso em: 11 dez 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br>

KUCZMARSKI; M.F.; KUCZMARSKI, R.J.; NAJJAR, M. Effects of age on validity of self-reported height weight, and body mass index: findings from of Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **Journal American Diet Association**, v.101, n.1, p.28-34, 2001.

LEVY-COSTA, R.B.; SICHIERI, R. Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p.530-40, 2005.

LIMA, F.E.L. *et al.* Ácidos graxos e doenças cardiovasculares: uma revisão. **Revista de Nutrição**, v.13, n.2, p.73-80, 2000.

MADUREIRA, A.S. *et al.* Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.10, p.2139-46, 2009.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T.H.M.; SCHMITZ, B.A.S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º . ao 5º . semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**, v.21, n.1, p.39-47, 2008.

MEJÍA, O. *et al.* Morphometric variation of the *Herichthys bartoni* (Bean, 1892) species group (Teleostei: Cichlidae): how many species comprise *H. labridens* (Pellegrin, 1903)?. **Neotropical Ichthyology**, v.13, n.1, p. 61-76, 2015.

MOLINA, M.C.B. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p.743-50, 2003.

NEUMANN, A.I.C.P.; SHIRASSU, M.M.; FISBERG, R.M. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. **Revista de Nutrição**, v.19, n.1, p.19-28, 2006.

NOBRE, L. N.; SAMMOUR, S. N. F; COSTA SOBRINHO, P. S. Índice de massa corporal e circunferência de cintura como preditores de pressão arterial alterada em adolescentes. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 404-412, 2011.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO (NEPA). **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. Campinas, SP: NEPA-UNICAMP; 2006.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - **PSF Capivara** – Cajuri, Minas Gerais, 2015.

POULAIN, J.P. The contemporary diet in France: "de-structuration" or from commensalisms to "vagabond feeding". **Appetite**, v.39, n.1, p.43-55, 2002.

RIBEIRO, C. D. **Avaliação do consumo de gordura saturada e Sódio entre acadêmicos da Área da saúde de uma universidade de Guarapuava-PR**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição. Universidade Estadual do Centro-Oeste – Paraná. 27p.

RODRIGUES, E.S.R.; CHEIK, N.C.; MAYER, A.F. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.4, p.672-8, 2008.

TEIXEIRA, A.M.N.C. *et al.* Identificação de Risco Cardiovascular em Pacientes Atendidos em Ambulatório de Nutrição. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.23, n.2, p.116-23, 2010.

SARNO, F. *et al.* Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.219-25, 2009.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J.P. Colesterol e gorduras em alimentos brasileiros: implicações para a prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.92, n.3, p.190-95, 2009.

SIZER, F.S.; WHITNEY, E.N. **Nutrição: Conceitos e Controvérsias**. Barueri, SP: Manole; 2003.

SOUZA, A.R.A. *et al.* A study on systemic arterial hypertension in Campo Grande, MS, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.88, n.7, p.441-6, 2007.

SPENCER, E.A. *et al.* Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participants. **Public Health Nutrition**, v.5, n.4, p.561-65, 2002.

STEEMBURGO, T.; DALL'ALBA, V.; AZEVEDO, M.J. Fatores Dietéticos e Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.32,n.6.p337-10, 2007.

TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, M.V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. **Revista de Nutrição**, v.20, n.5, p.449-59, 2007.

VIEIRA, V.C.R. *et al.* Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, v.15, n.2, p.273-82, 2002.

WATT, R.G.; SHEIHAM, A. Dietary patterns and changes in inner city adolescents. **Journal Human Nutrition Diet**, v.9, n.2, p.451–61, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva; 2003. (WHO -Technical Report Series, 916).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Growth reference data for 5-19 years**. 2007. Acesso em: 12 jun. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Reducing salt intake in populations. Report of a WHO forum and technical meeting**, 2006. Geneva: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. WHO Technical Report Series nº 854. Geneva, Switzerland: WHO; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Training Course on Child Growth Assessment: Interpreting Growth Indicators**. Geneva: WHO, 2008. 58p. Acesso em: 12 jun. 2010. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/training/module_c_interpreting_indicators.pdf

ZAIDA, G. A criança, os comerciais de televisão e a cultura alimentar: uma análise crítica. **Educational Society**, v.43, n.4, p.505-21, 1992.

