

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THALES FRANCISCO RIBEIRO**

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS PARA RASTREIO E OTIMIZAÇÃO DO  
TRATAMENTO DE DISLIPIDEMIA EM GRUPOS DE RISCO NO  
BAIRRO CRUZEIRO NA CIDADE DE SÃO TIAGO/MG**

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS**

**2017**

**THALES FRANCISCO RIBEIRO**

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS PARA RASTREIO E OTIMIZAÇÃO DO  
TRATAMENTO DE DISLIPIDEMIA EM GRUPOS DE RISCO NO  
BAIRRO CRUZEIRO NA CIDADE DE SÃO TIAGO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS**

**2017**

**THALES FRANCISCO RIBEIRO**

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS PARA RASTREIO E OTIMIZAÇÃO DO  
TRATAMENTO DE DISLIPIDEMIA EM GRUPOS DE RISCO NO  
BAIRRO CRUZEIRO NA CIDADE DE SÃO TIAGO/MG**

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador

Prof. Dr<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – UFTM

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena pelo empenho, paciência e dedicação.

À minha equipe pelo apoio.

À comunidade de São Tiago pelo carinho.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Tiago/MG pela ajuda.

## RESUMO

Esse trabalho se refere a um plano de ação proposto pela equipe de Saúde da Família Cruzeiro na cidade de São Tiago em Minas Gerais. Com o objetivo de implantar rotinas de rastreamento de pacientes dislipidêmicos em grupos de risco. Após o diagnóstico situacional (feito pelo método da Estimativa Rápida), levantamento dos problemas mais comuns que acometiam a população e a realização da priorização dos mesmos, foi decidida pela equipe, a necessidade de estabelecer uma rotina para rastreio de dislipidemia em pacientes de grupo de riscos para eventos cardiovasculares, como os pacientes com doença aterosclerótica já estabelecida, pacientes diabéticos ou pacientes com fatores de risco como obesidade e sedentarismo. Com o rastreio estabelecido, foi proposto o tratamento medicamentoso de acordo com os grupos em que os pacientes foram alocados, com terapias de alta e média intensidade, associada a terapias não farmacológicas, como a reeducação alimentar, o combate ao sedentarismo, ao uso de cigarros e abuso de álcool, além de medidas educacionais, com o objetivo de melhorar o nível de informação da população e uma melhor relação entre a comunidade e os pacientes. A revisão de literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Nescon Biblioteca Virtual e SciELO. Como critério de inclusão, selecionaram-se artigos sobre o tema publicados entre os anos de 2000 e 2015, que continham os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, dislipidemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, colesterol e triglicérides.

Logo após a revisão de literatura, realizou-se a elaboração do plano de ação que seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional contendo etapas como a identificação dos nós críticos, desenho das operações para os nós críticos do problema, identificação de recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

Ao final, chegou-se à conclusão de que existe falta de informação e conscientização da comunidade abrangida sobre as doenças cardiovasculares, bem como ausência de ações de saúde sistematizadas na prevenção e agravos.

**Descritores:** Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Dislipidemia. Hipercolesterolemia. Hipertrigliceridemia. Colesterol. Triglicérides.

## ABSTRACT

This work refers to a plan of action proposed by the Cruzeiro Family Health team in the city of São Tiago, Minas Gerais. With the objective of implanting routines of screening of dyslipidemic patients in groups at risk. After the situational diagnosis (made by the Rapid Estimate method), a survey of the most common problems affecting the population and the prioritization of the same, the team decided the need to establish a routine for the screening of dyslipidemia in patients in a group of patients. Risks for cardiovascular events, such as patients with established atherosclerotic disease, diabetic patients or patients with risk factors such as obesity and sedentary lifestyle. With the established screening, the drug treatment was proposed according to the groups in which the patients were allocated, with high and medium intensity therapies, associated with non-pharmacological therapies, such as food re-education, the fight against sedentary lifestyle, the use of cigarettes And alcohol abuse, as well as educational measures, with the aim of improving the level of information of the population and a better relationship between the community and patients. The literature review was carried out in the following databases: Nescon Virtual Library and SciELO. As an inclusion criterion, articles on the subject published between 2000 and 2015 were selected, which included the following descriptors: Family Health Strategy, Primary Health Care, dyslipidemia, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, cholesterol and triglycerides.

Soon after the literature review, the action plan was elaborated that followed the Strategic Situational Planning method containing steps such as the identification of the critical nodes, design of the operations for the critical nodes of the problem, identification of critical resources, feasibility analysis Plan and preparation of the operational plan.

In the end, it was concluded that there is a lack of information and awareness of the community involved in cardiovascular diseases, as well as the absence of systematized health actions in prevention and diseases.

**Keywords:** Family Health Strategy. Primary Health Care. Dyslipidemia. Hypercholesterolemia. Hypertriglyceridemia. Cholesterol. Triglycerides.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa de localização da cidade de São Tiago dentro Estado de Minas Gerais.....	12
QUADRO 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Unidade Básica de Saúde do bairro Cruzeiro, município de São Tiago, em Minas Gerais .....	30
QUADRO 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” .....	32
QUADRO 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” .....	32
QUADRO 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” .....	33
QUADRO 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” .....	34
QUADRO 6 – Descrição das atividades por operação, responsabilidade e tempo ...	34

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Lista de Problemas relacionados à rede de serviços de saúde do Bairro Cruzeiro, da cidade de São Tiago - Minas Gerais .....	13
TABELA 2 – Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF .....	14

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DAC – Doenças Arterial Coronariana

DCU – Doenças Cardiovasculares

DM – Diabetes mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HDL-C – Lipoproteína de alta densidade

IMG – Índice de Massa Corporal

LDL-C – Lipoproteína de baixa densidade

MG – Minas Gerais

MG/DL – Miligramas por decilitro

MM/HG – Milímetro de mercúrio

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PA – Pressão Arterial

PES – Plano Estratégico Situacional

PSF – Programa Saúde da Família

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Triglicerídeos

UBS – Unidade Básica de Saúde

USG – Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
3.1 Objetivo Geral .....	18
3.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>21</b>
5.1 Estratégia Saúde da Família .....	21
5.2 Doenças cardiovasculares e as dislipidemias .....	22
5.3 Obesidade como fator de risco.....	23
5.4 Diagnóstico e tratamento .....	25
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>29</b>
6.1 Definição dos problemas de saúde da comunidade .....	29
6.2 Priorização dos problemas .....	29
6.3 Descrição do problema selecionado .....	30
6.4 Explicação do problema selecionado .....	31
6.5 Descrição dos nós críticos.....	31
6.6 Desenho das operações.....	32
6.7 Cronograma das atividades.....	34
6.8 Recursos necessários .....	35
6.9 Resultados esperados.....	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que as doenças crônicas configuram importante problema de saúde pública no Brasil, principalmente hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, acidentes vascular cerebral, diabetes, sendo um dos principais fatores de risco, as dislipidemias (KERBER; ANTUNES; CAVALETT, 2010).

Atualmente, um em cada cinco brasileiros tem a concentração de colesterol total acima de 200 mg/dL, o que caracteriza cerca de 21,6% da população brasileira (SANTOS, 2013).

O colesterol é considerado fator constituinte da placa aterosclerótica, influenciando, assim, a progressão dos eventos cardiovasculares. Com efeito, níveis elevados de LDL-c e triglicerídeos e baixos de HDL-c têm sido associados à mortalidade cardiovascular (SBC, 2013).

Portanto, o diagnóstico e tratamento adequados da dislipidemia são fundamentais na prevenção da mortalidade e, principalmente, para que o paciente tenha uma vida saudável e de qualidade.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) define a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como sendo:

A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibres. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devida a diversos fatores de risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo. (SBC, 2013, p. 02).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é também considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morte em nosso meio (SBC, 2013).

Nesse contexto, torna-se indispensável o conhecimento do risco individual para doença cardiovascular e metas lipídicas bem estabelecidas.

São Tiago é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, com 10.232 habitantes. É conhecido também por "Terra do Café com Biscoito" e está localizado na mesorregião do Campo das Vertentes, a cerca de 200 quilômetros da capital, Belo Horizonte. As principais rodovias que servem o município são a BR-381 e BR-494 (WIKIPEDIA, 2017).

**Figura 1:** Mapa de localização da cidade de São Tiago dentro do Estado de Minas Gerais



Fonte: WIKIPEDIA, 2017.

A economia local tradicional tem por base a agropecuária, a indústria extrativa de minerais. No setor agrícola produz milho, arroz, café, mandioca, dentre outros. A pecuária está dividida entre a produção leiteira e a criação de gado para o abate. No setor de mineração, além do minério de ferro, possui reservas de manganês, bauxita e tantalita. A habilidade para fazer quitutes variados é uma tradição que acompanha a trajetória do município. Por esta razão, mais recentemente a indústria de produção de biscoitos se consolidou e assumiu um papel muito importante na economia local, o que acabou conferindo a São Tiago o título de “Terra do Café-com-Biscoito” (WIKIPEDIA, 2017).

O município possui um distrito, denominado Mercês de Água Limpa (Capelinha), além de doze povoados na zona rural. O município de São Tiago foi incluído pelo Governo de Minas no circuito da Estrada Real, estando bem próximo das cidades históricas de Tiradentes e São João del-Rei, distante cerca de 44 quilômetros deste último (WIKIPEDIA, 2017).

Na área da saúde, a cidade possui quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com duas equipes na mesma unidade física, no centro da cidade, que atende o bairro Centro e Cerrado. Uma equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Cruzeiro e uma equipe na comunidade de Capelinha. Há um hospital que

atende uma demanda básica e referencia casos de maior complexidade para as cidades de Oliveira e São João Del Rei.

O maior problema na área de saúde talvez seja a baixa capacidade de resolver casos mais complexos na própria cidade, sendo necessária referência para cidades maiores e como em outros lugares, a rotatividade de médicos na atenção primária.

O Bairro Cruzeiro é uma comunidade de aproximadamente 2900 pessoas, que se formou junto com o crescimento da cidade. A população do bairro reflete as características da população em geral, com a maioria dos empregos e economia relacionada a atividades em zona rural e a produção alimentícia de confeitarias, com muitos trabalhadores informais e um percentual significativo de desempregados, talvez em decorrência da grande crise econômica que o país enfrenta.

Os níveis de educação vêm melhorando com o passar do tempo, especialmente devido a investimentos da prefeitura não somente na própria educação, como no estímulo a práticas de atividades físicas e ao combate ao uso de drogas ilícitas, um problema ainda grande na área.

É considerável o número de pacientes que abusam do uso de bebidas alcoólicas, assim como uma taxa não pequena de tentativas de autoextermínio. As principais causas de óbitos são as doenças cardiovasculares. As principais causas de internação são as doenças respiratórias. Como doença de notificação principal na comunidade destaca-se a dengue. Como causas de mortalidade infantil citam-se as complicações no pós-parto imediato.

Alguns problemas foram detectados após diagnóstico situacional como sendo de maior incidência, listados como se segue:

**Tabela 1:** Lista de Problemas relacionados à rede de serviços de saúde do Bairro Cruzeiro, da cidade de São Tiago - Minas Gerais

---

**Problemas relacionados à rede de serviços de saúde**

---

Incapacidade de resolver problemas de media e alta complexidade no município, sendo necessário referenciar os casos para outros municípios, como pré natal de alto risco, urgências e emergências, internações de maior complexidade, cirurgias.

Há uma grande demora em algumas das consultas em atenção secundária, pelo fato de quase a totalidade, como consulta em cardiologia, pneumologia, reumatologia,

ginecologia, pediatria e outros, serem possíveis apenas em cidades vizinhas, e algumas em cidades mais longes, como Belo Horizonte.

Demora na realização de alguns exames importantes, como teste ergométrico, USG obstétrica, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros exames pelo mesmo motivo de não ter na cidade e ser necessário a realização em cidades vizinhas, sem contar as grandes filas de espera.

Falta de contra-referência dos médicos especialistas.

Boa parte da população com a mentalidade que o hospital é porta de entrada, e dificuldade de aceitação do PSF e a atenção básica como modelo de assistência a saúde.

**Fonte:** Autoria própria (2017).

Por meio do diagnóstico situacional elaborou-se perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF do bairro Cruzeiro.

**Tabela 2:** Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF

<b>INDICADORES</b>	<b>MICRO 1</b>	<b>MICRO 2</b>	<b>MICRO 3</b>	<b>MICRO 4</b>	<b>MICRO n</b>	<b>TOTAL</b>
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	67	109	62	72	155	465
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	50	81	58	34	94	317
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	157	182	98	70	176	683
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	112	127	105	82	133	559
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: → SISAB	116	122	106	115	180	639
Portadores de diabetes cadastrados: → SISAB	36	42	18	27	54	177

**Fonte:** Autoria Própria (2016).

O saneamento básico, assim como a coleta de lixo nas áreas mais centrais do bairro é satisfatório, deixando a desejar nas regiões mais periféricas e áreas de menor poder socioeconômico.

A unidade de saúde da equipe do bairro Cruzeiro, que abriga a Equipe Integração, foi inaugurada há cerca de 8 anos e está situada na rua principal do bairro, que faz ligação do centro da cidade há estradas rurais que levam as comunidades rurais e a cidade de Bom Despacho. Está sediada em uma estrutura própria da prefeitura, construída para o objetivo de servir como UBS. É uma unidade nova e bem conservada. Sua área pode ser considerada satisfatória de acordo com as diretrizes do SUS de abrangência e tamanho de população.

A equipe é formada por 6 agentes de saúde, 3 auxiliares em enfermagem, 1 médico e 1 enfermeira.

Pode-se afirmar que a unidade está bem equipada e conta com os recursos mínimos básicos para realização da atenção primária. Faltam instrumentos cirúrgicos para realização de procedimentos ambulatoriais. A maior parte de tensão entre a população e a equipe em relação aos materiais se deve ao uso do glicosímetro, depois que foi definido que apenas pacientes com Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 e DM tipo 2 insulino dependentes poderiam realizar o exame na unidade, devido a uma falta de fitas para aferição para atender toda a população, mas que já está sendo compreendida pela população, além do bom controle do DM em pacientes que não fazem uso de insulina.

## 2 JUSTIFICATIVA

A relevância do estudo se pauta na asserção de que é alta e frequente a incidência de pacientes com dislipidemias em todo o Brasil, sendo considerado um grave problema de saúde pública.

Atualmente as “doenças cardiovasculares estão sendo consideradas como principais causas de morte no Brasil, e também em outros países desenvolvidos, destacando principalmente a aterosclerose” (KERBER; ANTUNES; CAVALETT, 2010, p. 231).

Sobre a importância do tema e a sua incidência como causa de morbimortalidade:

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos no ano 2009. As doenças isquêmicas do coração (DIC) foram responsáveis por 95.449 mortes e as doenças cerebrovasculares (DCbV) por 97.860 mortes (MANSUR; FAVARATO, 2011, p. 2).

As taxas de morte na população norte-americana são significativamente menores que as observadas no Brasil padronizadas para a população europeia. Apesar da redução progressiva da mortalidade por DCV no Brasil e na RMS, as taxas de morte continuam elevadas e podem ser decorrentes da alta prevalência e, ao mesmo tempo, ao ainda pobre controle dos fatores de risco para as DCV em nossa população (MANSUR; FAVARATO, 2011, p. 2).

As dislipidemias ainda permanecem como um grande desafio para a saúde, principalmente nas comunidades consideradas carentes, haja vista a falta de condições socioeconômicas que acarretam ausência de conscientização e resistência na mudança de hábitos e estilos de vida. São consideradas fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da aterosclerose e de suas complicações e têm sido objeto de estudos em crianças e adolescentes (FARIA; DALPINO; TAKATA, 2008).

A situação não é diferente na comunidade do bairro Cruzeiro, no município de São Tiago/MG. Dentre os inúmeros problemas enfrentados na área da saúde, constatou-se a partir do diagnóstico situacional e de uma intervenção direcionada realizada que é elevado o número de hipertensos, elevado o índice de obesidade e

elevado o índice de sedentarismo, dentre outros. As principais causas de óbitos são as doenças cardiovasculares.

Assim, dada a importância do assunto e a necessidade de se buscar medidas proativas que visem à diminuição dos casos de pacientes com problemas cardiovasculares, mister se faz um estudo intervencionista, de forma a contribuir com a promoção à saúde e a prevenção de agravos para a população da comunidade de Cruzeiro, em São Tiago – Minas Gerais.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação para implantação de rotinas para rastreamento e otimização do tratamento de dislipidemia em grupos de risco da UBS Cruzeiro na cidade de São Tiago em Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Verificar o número de dislipidemia em pacientes com doença aterosclerótica já estabelecida e em pacientes diabéticos;
- Elaborar um plano de atendimento que, ao final, vise à otimização do tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes selecionados;
- Solicitar seja realizada pesquisa, com o auxílio da equipe de saúde e pessoal de serviço público do Município, com o fim de apurar as principais causas do sedentarismo, obesidade e história familiar importante;
- Propor medidas de prevenção e educação da população sobre o assunto.

## 4 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meio de planejamento estratégico situacional ou método de estimativa rápida situacional. A palavra "diagnóstico" quer dizer "através do conhecimento". Portanto, o desafio é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento. O planejamento é um mediador entre o conhecimento e a ação (CAMPOS; GUERRERO, 2010, *apud* FIGUEIREDO, 2011).

Um modo de se obterem essas informações é fazendo uma Estimativa Rápida, com uma equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Portanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território (CAMPOS; GUERRERO, 2010, *apud* FIGUEIREDO, 2011).

A primeira etapa consistiu em realizar o diagnóstico situacional da área através do método da Estimativa Rápida, com o estabelecimento dos principais problemas que afetam a comunidade e a eleição de um problema prioritário para realizar a intervenção, a saber: elevado número de pacientes com dislipidemias, sendo identificados o sedentarismo, obesidade e alimentação deficiente como principais causas.

Na segunda etapa realizou-se revisão bibliográfica através de pesquisa com os seguintes descritores em saúde: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, dislipidemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, colesterol e triglicérides. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2000 a 2015. Foram pesquisados nas bases de dados Nescun Biblioteca Virtual e SciELO.

A terceira etapa teve como finalidade a elaboração de um plano de ação para enfrentamento do problema, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Este método envolve os diversos setores sociais e gestores municipais na identificação das necessidades e problemas da comunidade, promovendo uma interação.

A discussão com a equipe de saúde permitiu sugestões no sentido de levar informação, educação em saúde e conscientização da população afetada, através da

organização de panfletos e folders com comunicação acessível, baseado em referenciais nutricionais e prática de esportes.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde são importantes instrumentos para a reorganização da Atenção Básica (ABS), voltados à concretização dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade, humanização, responsabilização, vínculo e participação social (BRASIL, 2006).

A Atenção Primária da Saúde (APS) tem um importante papel solucionador dos problemas de saúde:

Pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação – constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (CAMPOS; GUERRERO, 2010, *apud* FIGUEIREDO, 2011).

De acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica tem papel de destaque, tendo em vista ser a porta de entrada do usuário no sistema. Por estar inserida próxima à comunidade, pressupõe dinâmica social, tornando-se local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família é composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (CAMPOS; GUERRERO, 2010 *apud* FIGUEIREDO, 2011).

Nessa perspectiva de resolver ou, ao menos, minimizar os problemas do atendimento inicial percebe-se que existem algumas doenças com maior incidência na atenção básica de saúde, dentre elas as cardiovasculares.

## 5.2 Doenças Cardiovasculares e as Dislipidemias

“A doença cardiovascular (DCV) apresenta elevada prevalência na população mundial, como atesta o número de casos avaliados em 1990 (14 milhões) e sua perspectiva para 2020 (25 milhões), nos países orientais e ocidentais” (REDDY, 2004, *apud* LOPES, 2006).

As doenças cardiovasculares representam hoje no Brasil a maior causa de morte. O número estimado de hipertensos e diabéticos é de 23 milhões, cerca de 1 milhão setecentas mil pessoas tem doença renal crônica, sendo a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise. Existe uma tendência ao aumento desse número, nos próximos anos, sobretudo pela persistência de hábitos inadequados e inatividade física (BRASIL, 2006).

As doenças ateroscleróticas têm nas dislipidemias como um dos principais fatores de risco. As dislipidemias são definidas, segundo Goldberg (2013) como “distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos, elevando o colesterol plasmático, triglicérides (TGs), ou ambos, ou provocando um baixo nível de lipoproteína de alta densidade (HDL-C) que contribui para o desenvolvimento da aterosclerose”.

Frente a concentrações anormais de lipídeos no sangue, o clínico precisa, antes de tudo, identificar a possível causa da dislipidemia. De acordo com sua etiologia, as dislipidemias são classificadas em primárias ou secundárias. Dislipidemias primárias - São conseqüentes a causas genéticas, algumas só se manifestando em função da influência ambiental, devido à dieta inadequada e/ou ao sedentarismo. As dislipidemias primárias englobam as hiperlipidemias e hipolipidemias. Dislipidemias secundárias a identificação de uma possível causa secundária da dislipidemia vem se tornando mais comum pela maior experiência acumulada na investigação etiológica das alterações lipídicas. Também o crescimento da população idosa vem se associando à maior frequência de dislipidemias secundárias, devido à elevada incidência de co-morbidades presentes nas faixas etárias mais avançadas (SANTOS, 2001).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013, p. 2 e 3):

A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibres. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devido a diversos fatores de risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo. O depósito de lipoproteínas na parede arterial, processo-chave no início da aterogênese, ocorre de maneira proporcional à concentração dessas lipoproteínas no plasma.

A maioria dos estudos que avaliaram o impacto do tratamento sobre o risco cardiovascular (CV) e estudos com fármacos se baseou na análise do CT e do LDL-C, sendo que o benefício clínico da utilização de outras medidas, entre as quais a apo B, o colesterol não-HDL e várias relações, embora, por vezes, lógico, não foi ainda estabelecido na prática. Portanto, as medidas tradicionais de risco CV, como CT e LDL-C, são mantidas e corroboradas por evidências de numerosos estudos, constituindo-se no principal alvo terapêutico na prevenção da doença CV.

“O termo dislipidemia é empregado conforme a redução e não o aumento da fração HDL- colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de alta intensidade). Isso é o que determina ou facilita o estabelecimento de aterosclerose” (CELANO; LOSS; NOGUEIRA, 2010, p. 3).

“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” (CELANO; LOSS; NOGUEIRA, 2010, p. 3).

Segundo Libby (2002) podem ser listados inúmeros fatores desencadeadores do “processo aterogênico, entre eles: as dislipidemias, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitos, sedentarismo, obesidade e história de doença aterosclerótica prematuras”.

Os fatores de risco para esta doença são divididos em maiores e menores e, ainda, em mutáveis e imutáveis:

São considerados maiores e mutáveis: diabetes melito, hipertensão arterial, hábito de fumar e hipercolesterolemia, sendo o HDL-colesterol (HDL-C) baixo mutável, em parte. Os fatores de risco mutáveis são: idade, sexo masculino, e a existência de DCV prévia ou na família. Obesidade, inatividade física e fatores psicossociais são fatores de risco menores e mutáveis, ao lado de alterações bioquímicas, como hiper-homocisteinemia, hiperfibrinogenemia, aumento de Lp (a) e de proteína C-reativa, que podem ser mudados em graus variáveis, mas de efeitos ainda desconhecidos na proteção cardiovascular (LOPES, 2006, *apud* MAINART JUNIOR, 2015, p. 20).

### **5.3 Obesidade como fator de risco**

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para incidência de outras doenças não transmissíveis. Dentre elas, destaque especial para as

cardiovasculares e diabetes. Muitos estudos demonstram que obesos morrem relativamente mais em relação a determinadas doenças.

Homens com sobrepeso têm mortalidade significativamente maior por câncer colorectal e de próstata: homens cujo peso é cerca de 130% maior do que o peso médio para o seu biótipo têm 2,5 mais chances de morrer por câncer de próstata que indivíduos normais. Mulheres acima do peso também têm maiores chances de desenvolverem câncer de colo uterino, ovário e mama (BLUMENKRANTZ, 1997, *apud* FRANCISCHI *et al*, 2000, p. 5).

O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. Observou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais freqüentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado e, embora não haja uma associação absolutamente definida entre a obesidade e as doenças cardiovasculares, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicerídeos e colesterol (WAITZBERG, 2000).

No que tange à expressão clínica, as doenças e agravos não transmissíveis apresentam-se após longo tempo de exposição aos fatores de risco e da convivência assintomática do indivíduo, ainda que perceptíveis, como o tabagismo, etilismo, pouca atividade física e o excesso de peso (BRASIL, 2006).

Ainda que indivíduos com excesso de peso possam apresentar níveis de colesterol mais elevados do que os eutróficos, é certo que a principal dislipidemia associada ao sobrepeso e a obesidade é caracterizada por elevações leves a moderadas dos triglicerídeos e diminuição do HDL colesterol (DUARTE, 2005).

Da mesma forma que o excesso de massa corporal traz risco, o padrão de distribuição da gordura tem implicações diferenciadas à saúde. Indivíduos com circunferência abdominal aumentada apresentam aumento de tecido adiposo visceral, que confere risco para distúrbios metabólicos, em especial à hipertensão arterial, independentemente do IMC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Ademais, o aumento da massa corporal está associado à pressão arterial elevada e a perda de peso em indivíduos hipertensos é geralmente acompanhada por uma redução na pressão arterial.

De acordo com os resultados de uma metaanálise, a perda de 1 kg de massa corporal está associada com a diminuição de 1,2 -1,6 mmHg na pressão sistólica e 1,0 - 1,3 na pressão diastólica. A perda de peso é

recomendada para todos os indivíduos hipertensos que apresentem excesso de peso. Os efeitos benéficos refletem-se também na necessidade de medicação anti-hipertensiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Documentos do governo relacionados ao tema, destacam que o diabetes mellitus (DM) tipo 2 ou a tolerância à glicose diminuída fazem parte da chamada “síndrome metabólica ou de resistência à insulina, que tem ainda os seguintes componentes: hiperinsulinemia, obesidade central/abdominal, hipertensão arterial, dislipidemia, microalbuminúria, etc.” (BRASIL, 2006).

“O quadro de DM se desenvolve em obesos após período de intolerância à glicose, quando a glicemia se mostra acima dos valores normais, o que conduz, na maioria dos casos, a um estado de hiperinsulinemia” (BRASIL, 2006).

Sendo o sobrepeso associado à pouca tolerância à glicose e à hiperinsulinemia (resistência à insulina), estas alterações podem ser revertidas em pouco tempo pela perda de peso. A perda de peso, em indivíduos diabéticos tipo II, melhora a tolerância à glicose e reduz a necessidade de drogas hipoglicemiantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O excesso de peso é também um fator de risco para outros problemas na saúde, sendo importante para o desenvolvimento de litíase biliar, de osteoartrite e tendo associação com alguns tipos de câncer, como de cólon, de reto, de próstata, de mama, de ovário e de endométrio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

#### **5.4 Diagnóstico e tratamento**

O diagnóstico das dislipidemias raramente é feito pelos sinais clínicos apresentados por alguns pacientes, especialmente os portadores de alterações lipídicas decorrentes de anomalias genéticas.

“Dessa forma, o arco ou halo córneo pode ser indicativo de distúrbios lipídicos em pacientes abaixo dos 55 anos de idade, assim como xantomas e xantelasmas ainda podem apresentar-se nessas situações” (BERTOLAMI; BERTOLAMI, 2013, *apud* MAINART JUNIOR, 2015, p. 21).

Assim como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a alteração no metabolismo das lipoproteínas circulantes (dislipidemias) também é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Para reduzir o risco de infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e outros eventos cardiovasculares, bem como possível complicação com pancreatite (resultante de aumento exacerbado dos triglicérides) (BRASIL, 2011, *apud*, MAINART JUNIOR, 2015, p. 21).

### Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013):

A terapia nutricional deve sempre ser adotada. O alcance das metas de tratamento é variável e depende da adesão à dieta, às correções no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo – e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental.

Com o passar do tempo e os estudos sobre a temática, pode-se dizer que foram conquistados avanços importantes. Nesse contexto, ressalte-se o desenvolvimento de hipolipemiantes com potenciais cada vez maiores para redução da hipercolesterolemia, permitindo a obtenção das metas terapêuticas, principalmente do LDL-C. Ademais, além dos tratamentos tradicionais, tais como: estatinas; resinas; ezetimiba; fibratos; niacina e ácidos graxos ômega 3, outras classes vem sendo objeto de investigações. Cita-se, por exemplo: inibidores da proteína de transferência de éster de colesterol; inibidor da Microsomal Transfer Protein; inibidores do Proprotein convertase subtilisin kexin type 9 e inibidores da síntese de apolipoproteína B (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Considerando o fato de doenças cardiovasculares estarem relacionadas a causas genéticas, não sendo, portanto, possível prevenir essa condição, profissionais da saúde recomenda-se alteração na postura alimentar e prática esportivas:

A terapia nutricional se faz necessária para evitar o consumo excessivo de gordura e o conseqüente acúmulo de lipídios nas paredes vasculares. Entre as recomendações alimentares estão: redução dos alimentos de origem animal, os óleos de coco e dendê, maior ingestão de alimentos com Ômega-3 (peixes de água fria e óleos de soja e canola) e ingestão de vegetais e fibras solúveis (BOTET; BENAIGES; PEDRAGOSA, 2012).

Como o sedentarismo também é um fator predisponente da dislipidemia, a prática regular de exercícios físicos previne a formação de placas de gordura, melhora a condição cardiovascular, diminui a obesidade e o

estresse e influencia positivamente a pressão arterial. Outra medida importante é o combate ao tabagismo (BOTET; BENAIGES; PEDRAGOSA, 2012).

“A alimentação saudável para todas as pessoas com sobrepeso e obesidade tem por objetivos melhorar o bem-estar, possibilitar a proteção da saúde, prevenindo e controlando as co-morbidades e permitindo o alcance do peso adequado” (BRASIL, 2006).

A cultura também pode ser tratada como um fator a ser observado, tendo em vista que as perspectivas acerca do que seja uma doença ou que aspectos levam à sua ocorrência variam de acordo com as visões de mundo, crenças, comportamentos, percepções e atitudes diante da doença, do mal-estar, da dor, e de outras formas de sofrimento (BRASIL, 2006).

O conceito de risco é social e culturalmente construído, e portanto, nas diversas sociedades, e também no interior dos grupos sociais de uma mesma sociedade, o que é considerado risco vai ser variável, diferenciando-se de acordo com a idade, o gênero, a profissão e a condição socioeconômica (MENDONÇA, 2005).

Vários medicamentos são indicados para o tratamento das dislipidemias:

As vastatinas ou estatinas são indicadas para reduzir o LDL-C em adultos. Os efeitos com este composto diminuem os eventos coronários isquêmicos e a necessidade de revascularização do miocárdio. A colestiramina é mais indicada para as crianças e como coadjuvante nos tratamentos com as vastatinas. Porém, não pode ser usada nas dislipidemias por hipertrigliceridemia. Para a hipertrigliceridemia, o tratamento indicado é a base de fibratos. Os fibratos reduzem o risco de eventos coronarianos em homens, aumentam o HDL e reduzem os TGs (SANTOS, 2001).

“A resposta ao tratamento medicamentoso costuma ser eficaz, principalmente, quando este é associado a um estilo de vida saudável e focado no combate à doença” (KOLANKIEWICZ; GIOVELLI; BELLINASO, 2008).

Sem tratamento oportuno e adequado, a hiperlipidemia contribui para a instalação e o progressivo agravamento das DCVs, tornando-se um grave problema de saúde pública, também em termos de custos materiais, pois consome recursos econômicos tanto em relação a despesas de terapêutica clínica como de tratamento sob regime de internação hospitalar, sobretudo por procedimentos intervencionistas, tais como angioplastia transluminal coronária com ou sem implante de Stent e cirurgia de revascularização miocárdica (FARIA; DALPINO; TAKATA, 2008).

Quanto à atividade física como mecanismo de tratamento e prevenção, esta deve ser praticada regularmente para ajudar o controle das Dislipidemias e Doença Arterial Coronária. Os exercícios aeróbicos, caminhadas, corridas, ciclismo, natação promovem a redução de triglicérides, aumenta os níveis de HDL e o índice LDL não sofre alteração significativa (BRASIL, 2006).

Outro ponto está na execução de políticas públicas como mecanismo de minimização do problema:

Os fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis com maior consistência de associação são aqueles relativos aos "modos de viver", que embora sejam considerados mutáveis, exigem estratégias de intervenção das políticas públicas que sejam consistentes, inovadoras, que para serem bem-sucedidas devem considerar as desigualdades sociais e a busca da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, para que a promoção da saúde se dê plenamente é fundamental que ela não se restrinja ao setor saúde, devendo ser construída por meio de uma ação intersetorial do poder público em parceria com os diversos setores da sociedade (BRASIL, 2006).

O conceito de "intersetorialidade" deve ser compreendido como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer de seus parceiros e que implica a existência de algum grau de abertura para dialogar e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004).

Com efeito, outros princípios devem nortear as iniciativas de promoção da saúde: equidade, vinculado ao compromisso ético de diminuição das iniquidades; o do desenvolvimento humano e social, o da diversidade, que valoriza a riqueza das diferenças entre as pessoas e culturas, e o da qualidade de vida no ecossistema (BRASIL, 2006).

Assim, os campos de ação da promoção da saúde abarcam a construção de políticas públicas saudáveis, incluindo a criação de ambientes favoráveis à saúde, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço à participação popular (BUSS, 2000).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir do diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade de Saúde do bairro Cruzeiro foi possível estabelecer como um dos problemas prioritários para a comunidade, a alta incidência de quadros de dislipidemia.

Restaram identificados os seguintes nós críticos:

- Alto nível de obesidade;
- Índice elevado de pacientes que fazem uso de bebida alcoólica, tabagismo e drogas;
- Ausência de projetos que incentivem o não sedentarismo da população;
- Poucas ações educativas realizadas pelos profissionais da saúde e órgãos públicos como medida para prevenção das dislipidemias.

Diante das constatações acima foram propostas algumas ações – enumeradas nos quadros que se seguem - a fim de diminuir o número de casos de dislipidemias da comunidade do bairro Cruzeiro, em São Tiago – Minas Gerais.

### 6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA COMUNIDADE

O diagnóstico situacional da comunidade estudada aponta algumas causas que podem estar relacionadas à incidência de pacientes com problemas cardiovasculares e quadro de dislipidemia: poucas ações educativas na comunidade capazes de levar conhecimento e conscientização sobre a gravidade das doenças cardiovasculares e os mecanismos de prevenção; grande número de pacientes sedentários que fazem uso de substâncias altamente comprometedoras da saúde; falta de programas e contribuição das autoridades públicas na implantação de políticas públicas sobre o tema.

### 6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Os citados problemas foram selecionados com base em alguns critérios: importância/urgência, capacidade de enfrentamento e seleção/priorização. Para

tanto, utilizou-se classificação da seguinte forma: alta, média ou baixa e pontos até o máximo de 30 (alta frequência), conforme apresentado no Quadro 1 a seguir:

**Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Unidade Básica de Saúde do bairro Cruzeiro, município de São Tiago, em Minas Gerais

PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA E URGÊNCIA	CAPACIDADE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO PRIORIZAÇÃO
Sedentarismo	Alta	20	Alta
Pacientes que fazem uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e drogas	Alta	10	Média
Ações educativas	Alta	25	Média
Ações de saúde	Alta	25	Alta

**Fonte:** Autoria Própria (2017).

### 6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

O principal aspecto que faz do problema uma prioridade da comunidade é o altíssimo número de dislipidemia dos pacientes atendidos pela equipe de saúde, sendo certo que tal incidência está diretamente ligada a morbimortalidade relacionada a eventos cardiovasculares.

O quadro demonstra outros problemas levantados na comunidade, como abuso de bebidas alcoólicas, o tabagismo e a venda e uso de drogas ilícitas. Em que pese à importância de enfrentamento desses problemas, estes demandam além de medidas de saúde, outras relacionadas com políticas a nível federal e estadual.

O sedentarismo possui uma alta importância, tendo em vista estar relacionada à aceleração da aterosclerose, estando englobado no tratamento geral do primeiro problema selecionado.

#### 6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

O problema selecionado, qual seja, a incidência dislipidemia nos pacientes da área de abrangência da Unidade de Saúde do bairro Cruzeiro precisa ser enfrentado por meio de ações preventivas e repressivas, tendo em vista tratar-se de comunidade altamente vulnerável a esse tipo de doença, já que relacionada ao sedentarismo e uso de substâncias prejudiciais à saúde de um modo geral, o que tende a persistir se não combatida.

Assim, para que a realidade possa ser alterada, entende-se que ações voltadas à educação das famílias e crianças, bem como tratamento adequado com medicamento, alimentação e prática esportiva possam servir para redução do índice dos problemas cardiovasculares.

#### 6.5 DESCRIÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Os principais “nós” críticos do problema que pressupõe alto índice dislipidemia, são:

- Sedentarismo: a comunidade do bairro Cruzeiro é pouco adepta a uma qualidade de vida voltada às práticas esportivas. Tal realidade dificulta o tratamento de doenças cardiovasculares e traz um aumento significativo de pacientes em estágio avançado de dislipidemia.
- Uso elevado de bebidas alcoólicas, tabagismo e drogas da comunidade: dificuldade de tratar adequadamente o problema da dislipidemia sem auxílio de outras áreas da saúde e autoridades públicas;
- Poucas ações educativas realizadas pelos profissionais da saúde e órgãos públicos: não há um planejamento efetivo ou parceria com órgãos públicos no sentido de promover medidas de prevenção desse tipo de doença;
- Ausência de ações de saúde específicas: outra dificuldade considerada alta e grave que compromete de forma considerável a diminuição das doenças relacionadas à dislipidemia é a ausência de projetos e políticas públicas específicas, seja dentro da unidade de saúde ou externamente.

## 6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema das dislipidemias na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde do bairro Cruzeiro, no município São Tiago, em Minas Gerais estão descritos nos quadros 2 a 5, a seguir:

### Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1”

Nó Crítico 1	Sedentarismo
Operação	Modificar hábitos
Projeto	Saúde e movimento
Resultados esperados	Melhorar o nível de pacientes comprometidos com a prática de esportes em prol da qualidade de vida e saúde e diminuição da obesidade
Produtos esperados	Convênios com empresas ligadas às práticas esportivas para recepção de pacientes e comprometimento dos mesmos quanto à necessidade de mudança e afastamento de perfis sedentários
Responsáveis	Equipe de Saúde Secretaria de esportes do Município de São Tiago
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Organizacionais: Equipe de saúde Econômicos: Secretaria de Saúde

**Fonte:** Autoria Própria (2017).

### Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2”

Nó Crítico 2	Uso elevado de bebidas alcoólicas, tabagismo e drogas
Operação	Aumentar o nível de informação da população acerca das causas, consequências, sintomas, prevenção e tratamento das dislipidemias e sua incidência em pacientes que fazem uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e drogas
Projeto	Aprendendo sobre saúde

Resultados esperados	Uma comunidade informada é sem dúvida ponto chave para redução do número de doenças cardiovasculares
Produtos esperados	Campanha educativa nas escolas e na Unidade de Saúde do bairro Cruzeiro
Responsáveis	Equipe de Saúde Órgãos municipais de educação do Município de São Tiago
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Organizacionais: Equipe de saúde e equipe da escola. Econômicos: Secretaria de Saúde

**Fonte:** Autoria Própria (2017).

#### **Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 3”

Nó Crítico 3	Poucas ações educativas realizadas pelos profissionais da saúde e órgãos públicos
Operação	Implementar ações educativas na unidade de saúde e comunidade em geral
Projeto	Saúde e Comunidade
Resultados esperados	Comunidade informada via ação na própria comunidade em geral, seja durante visitas dos agentes de saúde, bem como durante atendimento médico sobre dislipidemias e modo de prevenção facilitará o trabalho da equipe de saúde, na medida em que a tendência é um número cada vez menor de pacientes nesse estágio
Produtos esperados	Capacitação da equipe para abordagem da população sobre dislipidemia e orientações em relação à modificação de hábitos e estilo de vida. Folders e cartazes informativos sobre hábitos alimentares e práticas esportivas
Responsáveis	Equipe de Saúde
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Organizacionais: Equipe de saúde Econômicos: Secretaria de Saúde

**Fonte:** Autoria Própria (2017).

**Quadro 5** - Operações sobre o “nó crítico 4”

Nó Crítico 4	Ausência de ações de saúde específicas
Operação	Propor projeto dentro da Unidade com o objetivo de selecionar pacientes com dislipidemia ou com tendência para ter, promovendo atendimento sistemático e encaminhando, se necessário, para outros especialistas como psicólogos, nutricionistas.
Projeto	Qualidade e promoção da saúde
Resultados esperados	Com um atendimento dinâmico, com interação de outras áreas, torna-se possível a diminuição de pacientes com diagnóstico de dislipidemia
Produtos esperados	Prevenção e repressão das doenças cardiovasculares e tratamento integrado, de forma a devolver aos usuários a completa qualidade de vida
Responsáveis	Equipe de Saúde
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Organizacionais: Equipe de saúde Econômicos: Secretaria de Saúde

**Fonte:** Autoria Própria (2017).

## 6.7 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

**Quadro 6** – Descrição das atividades por operação, responsabilidade e tempo

Operação	Responsáveis	Tempo estimado
Projeto Saúde e movimento	Equipe de Saúde Secretaria de esportes	6 meses
Projeto Educativo nas escolas	Equipe de Saúde Órgãos municipais	3 meses
Projeto Educativo na comunidade	Equipe de Saúde	3 meses
Projeto Saúde na	Equipe de Saúde	6 meses

Unidade		
---------	--	--

**Fonte:** Autoria Própria (2017).

## 6.8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a implantação da proposta, considerando os projetos escolhidos, serão necessários recursos organizacionais, financeiros e humanos, conforme abaixo descrito:

- Projeto para diminuição de pessoas sedentárias: o objetivo é conscientizar a população afetada acerca da importância de se alinhar uma boa alimentação com a prática diária de exercícios físicos em prol da diminuição do índice de dislipidemias e obesidade. Para tanto, tentar-se-á obter convênio com empresas do ramo ou com entidades municipais esportivas para encaminhamento dos pacientes. Serão utilizadas pessoas da equipe de saúde e da secretaria de esportes.
- Projeto educacional nas escolas: o objetivo é o de estruturar a campanha com conhecimento técnico-científico e linguagem adequada para facilitar a compreensão da população alvo. Nesse ponto pessoas ligadas à educação nas escolas – professores, orientadores – bem como equipe da saúde serão utilizadas; recursos financeiros terão o objetivo adquirir materiais educativos como folhetos e outros recursos audiovisuais, bem como produtos voltados ao ensino sobre os malefícios do uso elevado de bebidas alcólicas, tabagismo e drogas.
- Projeto educacional na comunidade: o objetivo também será o de estruturar a campanha educativa com conhecimento técnico-científico e linguagem simples e adequada para facilitar a compreensão. Serão utilizadas pessoas da equipe de saúde; recursos financeiros terão a finalidade de promover a impressão de cartazes, publicações e folhetos.
- Projeto ação de saúde: a execução desse projeto levará em conta a participação de outros profissionais para que o paciente seja tratado de maneira sistemática. A reestruturação do projeto exigirá dos entes públicos, especialmente a Prefeitura de São Tiago medidas, projetos, disposição de agentes públicos da área, bem como recursos financeiros. Nesse aspecto, a intervenção será tratar o paciente com dislipidemia em seu maior grau, fomentando a conscientização.

## 6.9 RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados a partir da proposta delineada é melhorar a qualidade de vida da comunidade e diminuir casos de dislipidemia, já que é elevado o número de mortalidade. Por meio do projeto de educação espera-se aumentar o nível de informação da população acerca das causas, consequências, sintomas, prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares.

A informação via ação na própria comunidade em geral, seja durante visitas dos agentes de saúde, bem como durante atendimento médico sobre doenças e modo de prevenção facilitará o trabalho da equipe de saúde, na medida em que a tendência é um número cada vez menor de casos de dislipidemia.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste plano de ação abordou a necessidade e importância de dar ênfase aos problemas cardiovasculares, notadamente à dislipidemia, vez que constituem grave problema de saúde pública, acarretando diversos agravos à saúde e ocasionando a morte considerável de pacientes, sendo um cenário presente na unidade de saúde da equipe do bairro Cruzeiro, na cidade de São Tiago.

A Estratégia da Saúde da Família, por ser a porta de entrada para o acesso à saúde, tem sido um espaço de atenção primária, como metas de prevenção e qualidade de vida-saúde, bem como conscientização da população carente acerca de medidas básicas para a melhoria do bem estar.

Logo, o presente estudo teve como parâmetro inicial a análise feita pelo médico responsável pelo atendimento, que visualizou a necessidade de combater efetivamente o problema dislipidemia como fator de risco na comunidade.

No levantamento feito, algumas razões foram identificadas como causas possíveis da alta incidência dos problemas de saúde nessa temática, principalmente, ligadas ao sedentarismo, uso de álcool, tabagismo e drogas em elevada proporção, falta de informação.

Na busca pela diminuição do problema elaborou-se um plano de intervenção pautado principalmente na conscientização sobre a importância de se manter bons hábitos alimentares, práticas esportivas, de modo a se evitar novos casos e agravos. Sendo certo, ainda, que há o intuito de promover o nível de informação da população referente a esse assunto, com a ajuda dos responsáveis pela educação nas escolas e na comunidade em geral.

Torna-se um desafio, o trabalho da ESF, na elaboração de um plano eficaz de conscientização do papel da família na prevenção e controle deste problema. Para tanto, elaborou-se etapas que constituem a proposta de intervenção, as quais se encontram descritas nos quadros acima, todas construídas a partir dos nós críticos identificados, propondo assim, estratégias para diminuição do problema através de ações educativas realizadas pela própria equipe e projetos em prol de melhorar a qualidade da vida e saúde dos pacientes.

É importante ressaltar as causas e consequências do problema das doenças cardiovasculares e também as medidas educativas discutidas neste plano de ação:

- ✓ As doenças cardiovasculares estão presentes de forma acentuada na comunidade, fortemente influenciada por hábitos alimentares e sedentarismo;
- ✓ As consequências dessas doenças, quando não tratadas, podem ser graves, principalmente porque são grandes as taxas de mortalidade;
- ✓ A conscientização da população pode contribuir, de forma satisfatória, na redução das dislipidemias, uma vez que crianças, adolescentes e adultos responsáveis podem prevenir doenças cardiovasculares com simples reeducação alimentar e práticas esportivas contínuas;
- ✓ Ações educativas sobre a gravidade da doença, tratamento e prevenção são importantes na universalização de informações para um público maior de pessoas;
- ✓ Visitas domiciliares e distribuição de cartilhas explicativas também serão realizadas para que a população esteja mais bem informada sobre o problema;
- ✓ As parcerias com escolas, associações comunitárias e entidades esportivas poderão potencializar todo o trabalho de conscientização e prevenção.

Espera-se que os resultados das atividades propostas neste plano de intervenção sejam eficazes, trazendo maior compreensão por parte dos pacientes sobre sua doença, principalmente no que se refere ao seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso, que deve ter boa adesão e ser desempenhado de forma correta e continuada. Propõe-se, ainda, a reestruturação do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família que se encontrava insuficiente para abordagem ao paciente portador de dislipidemia.

Não obstante o trabalho dos agentes de saúde é importante que haja participação do Município de São Tiago, na medida em que intervenções devem ser feitas e mantidas na região, especialmente no que tange a recurso financeiro, no investimento em educação e na viabilidade de oferecimento de atividades físicas aos usuários.

Assim, a implantação do plano de intervenção pela ESF e as parcerias desenvolvidas devem contribuir significativamente para aumentar a informação e a conscientização da equipe de saúde, dos gestores municipais e da população da área de abrangência, tendo em vista a importância de se tratar o problema das

doenças cardiovasculares, mas também de evitá-las com medidas simples, mas consistentes, de mudanças de hábitos de alimentação e práticas esportivas.

## REFERÊNCIAS

- BERTOLAMI, A.; BERTOLAMI, M. C. Como diagnosticar e tratar: Dislipidemias. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 70, n. 12, p. 14-21. Moreira Jr. Editora, 2013. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5579](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5579). Acesso em: 15 de julho de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica** - n.º 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
- BOTET, P. J.; BENAIGES, D.; PEDRAGOSA, A. Dislipidemia diabética, macro y microangiopatía. **Clínica e Investigación en Arteriosclerosis**. V.24, n.6, 2012.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMPOS, G. W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.
- CELANO, R. M. G.; LOSS, S. H.; NOGUEIRA, R. J. N. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional nas Dislipidemias. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, 2010.
- DUARTE, A. C. et al. **Síndrome metabólica: semiologia, bioquímica e prescrição nutricional**. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2005.
- FARIA, E. C.; DALPINO, F. B.; TAKATA, R. Lípides e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes ambulatoriais de um hospital universitário público. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 26, n.1, 54-58, 2008.
- FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, p. 17-28, 2000.
- GOLDBERG, A. C.; MERCK MANUAL. Dyslipidemia (Hyperlipidemia): **Last full review/revision**, september. 2013. Disponível em: <<http://www.merckmanuals.com/professional/endocrineandmetabolicdisorder/lipid-disorders/dyslipidemia#>>. Acesso em: 13 de julho de 2017.
- GUERRERO, A.V.P. (orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. In: FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. São Paulo: **UNA-SUS/UNIFESP - Curso de Especialização em Saúde da Família**, 2011. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidad\\_e\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_5.pdf)>. Acesso em: 13 de julho de 2017.

KERBER, S. L.; ANTUNES, A. G. V.; CAVALETT, C. Avaliação do perfil lipídico em alunos de 10 a 18 anos em uma escola particular do município de Carazinho-RS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, vol. 42(3): 231-234, 2010.

KOLANKIEWICZ, F; GIOVELLI, F. M. H.; BELLINASSO, M. L. B. Estudo do perfil lipídico e da prevalência de dislipidemias em adultos. **RBAC**. v.40, n. 4, p.317-320, 2008.

LIBBY, P. Prevenção e Tratamento da Aterosclerose. In: Braunwald, E.; Fauci, A. S.; Kasper, D. L. Harrison: **Medicina Interna**. vol I.15. ed. Mac Graw Hill: Rio de Janeiro, 2002.

MAINART JUNIOR, J. W. Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose no âmbito da Equipe de Saúde da Família Belvedere, em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. In: LOPES, A.C. et. al. Tratado de Clínica Médica. vol. II. 1. ed. São Paulo: Roca, 2006.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**. 2012; [online].ahead print, PP.0-0. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

MENDONÇA, C. Práticas alimentares e de atividade física de mulheres obesas atendidas em unidades de saúde pública do município de Niterói: trajetórias e narrativas. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2005.

REDDY, K. S. Cardiovascular disease in non-western countries [Perspective]. **NEJM**, v.350, p. 2438-2440, 2004. In: LOPES, A.C. et. al. Tratado de Clínica Médica. vol. II. 1. ed. São Paulo: Roca, 2006.

SANTOS, R. P. Dislipidemia em Hipertensos e Diabéticos na ESF Independência I em Montes Claros-MG: Projeto de Intervenção. Universidade Federal de Minas Gerais. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br>>. Acesso em: 02 de junho de 2017.

SANTOS, D.R.III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretrizes de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; 77 (S3): 1-48, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. vol. 101. no 4. supl. 1. Out. 2013. Disponível em: **Arq Bras Cardiol**. 2013; 101(4Supl.1): 1-22. Acesso em: 13 de julho de 2017.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity.** Geneva, 2000.