

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Nágila de Araújo Carneiro

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DAS DISLIPIDEMIAS EM
USUÁRIOS DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 11, NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DR. ABÉL PINHEIRO, NO MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO
SUL, ESTADO DO ACRE**

**Cruzeiro do Sul
2020**

Nágila de Araújo Carneiro

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DAS DISLIPIDEMIAS EM
USUÁRIOS DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 11, NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DR. ABÉL PINHEIRO, NO MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO
SUL, ESTADO DO ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora Isabel Aparecida Porcatti de
Walsh.

Cruzeiro do Sul

2020

Nágila de Araújo Carneiro

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DAS DISLIPIDEMIAS EM
USUÁRIOS DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 11, NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DR. ABEL PINHEIRO, NO MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO
SUL, ESTADO DO ACRE**

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

Orientador: Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh.

Banca examinadora

Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM.

Professora.Ms. Eulita Maria Barcelos. Mestra em enfermagem. UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 202

Dedico aos meus familiares pelo amor, incentivo, e por permitir a realização deste sonho em minha vida. Aos amigos pelo incentivo, apoio e atenção em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por ser o alicerce das minhas conquistas;
A professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, por todo seu apoio, dedicação e orientação para a elaboração deste trabalho;
Também a todas as pessoas que fizeram possível a realização deste projeto, em especial minha amiga Rute Borges.

“A persistência é o caminho do êxito”.
Charles Chaplin

RESUMO

A dislipidemia ou hiperlipidemia se caracteriza por alterações nos níveis de lipídios no sangue, principalmente do colesterol e triglicerídeos. Outras alterações incluem colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade. Existem duas variações da hiperlipidemia de acordo com as causas: hiperlipidemia primária que tem origem genética e pode ser desencadeada por fatores como sedentarismo e maus hábitos alimentares, e a hiperlipidemia secundária que pode surgir a partir de uma série de doenças, e também pode estar associada ao uso de fármacos. Em geral a hiperlipidemia é uma doença assintomática e é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, ao promover o surgimento da arteriosclerose. Por essa razão deve ser alvo de ações de medicina preventiva, onde a equipe da unidade deve buscar estratégias para informar os benefícios sobre hábitos que podem evitar o seu desenvolvimento, conscientizando os usuários sobre a importância da mudança de hábitos. Este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para o controle das dislipidemias na comunidade atendida pela Equipe 11 da Unidade Básica de Saúde Abel Pinheiro, no Município de Cruzeiro do Sul, Acre. Para a fundamentação teórica do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde sobre o tema deste trabalho. O Plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que com as ações propostas possam se ter melhor controle das dislipidemias, melhorando a saúde da população.

Palavras-chave: Hiperlipidemias. Promoção de saúde. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Dyslipidemia or hyperlipidemia is characterized by changes in blood lipid levels, mainly cholesterol and triglycerides. Other changes include low high density lipoprotein cholesterol and high levels of low density lipoprotein cholesterol. There are two variations of hyperlipidemia according to the causes: primary hyperlipidemia that has a genetic origin and can be triggered by factors such as physical inactivity and poor eating habits, and secondary hyperlipidemia that can arise from a series of diseases, and can also be associated with use of drugs. In general, hyperlipidemia is an asymptomatic disease and is one of the main risk factors for cardiovascular diseases, as it promotes the appearance of arteriosclerosis. For this reason, it should be the target of preventive medicine actions, where the unit's team should look for strategies to inform the benefits about habits that can prevent their development, making users aware of the importance of changing habits. This work aimed to elaborate an intervention project for the control of dyslipidemia in the community served by Team 11 of the Basic Health Unit Ábel Pinheiro, in the municipality of Cruzeiro do Sul, Acre. For the theoretical basis of the intervention plan, a bibliographical research was carried out in the Virtual Health Library on the theme of this work. The intervention plan was developed following the steps of strategic situational planning. It is hoped that with the proposed actions, better control of dyslipidemia can be achieved, improving the health of the population.

Keywords: Hyperlipidemias. Health promotion. Primary Health Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município de Cruzeiro do Sul	13
1.2 O sistema municipal de saúde de Cruzeiro do Sul	14
1.3 Aspectos da comunidade	17
1.4 A Unidade Básica de Saúde Ábel Pinheiro	19
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Ábel Pinheiro	21
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Ábel Pinheiro	22
1.7 O dia a dia da equipe Ábel Pinheiro	22
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	23
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	24
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	28
5.1 Atenção Primária à Saúde	28
5.2 Dislipidemias	28
5.3 Tratamento das dislipidemias	29
5.4 Papel da Estratégia de Saúde da Família nas dislipidemias	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	31
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	32
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	33

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

39

REFERÊNCIAS

40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Cruzeiro do Sul

A região que hoje é o município de Cruzeiro do Sul era habitada por tribos indígenas que habitavam no vale do Juruá (49 tribos) se dividiam em grupos com as suas denominações particulares: Ararauas, Catukinas, Curimas e outros. Ao longo das margens do rio Juruá vivia a tribo dos Náuas. A Lei nº 1.181 de 25 de fevereiro de 1904 dividiu o Acre em três departamentos administrativos: Departamento do Alto Juruá; Departamento do Alto Purus e Departamento do Alto Juruá. Este último correspondia a região de Cruzeiro do Sul e a região de Tarauacá, sendo administrada por prefeito nomeado pelo Presidente da República. Elevado à categoria de vila com a denominação de Cruzeiro do Sul, pelo Decreto do prefeito nº 8, de 28-09-1904. Com sede no antigo Departamento do Alto Juruá - criado por Decreto Federal nº 5.188, de 07-04-1904, instalado em 12-09-1904 e elevado à condição de cidade, com a denominação de Cruzeiro do Sul, pelo Decreto do prefeito nº 34, de 31-05-1906 (IBGE, 2020).

Cruzeiro do Sul é um município que se localiza na região noroeste do estado do Acre, na margem esquerda do rio Juruá. Seu nome faz referência à constelação “Cruzeiro do Sul”. Estende-se por 8 779,2 km². Sua densidade demográfica é de 10,1 habitantes por km². Faz divisa com o município de Porto Walter, Tarauacá, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, com o estado do Amazonas e com o Peru (CIDADE-BRASIL, 2020).

Segundo os dados do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Cruzeiro do Sul era composta por 78.507 habitantes, sendo 51.963 católicos, 20.889 evangélicos e 382 espíritas (IBGE, 2020).

A cidade possui mais de 4.800 empresas, com o segundo maior índice após a capital do estado. O extrativismo da borracha foi até o início do século XX a principal atividade econômica desenvolvida no município; além da borracha, a economia da região gira em torno da exploração da madeira. Atualmente, a farinha é o principal produto da atividade econômica municipal, sendo uma das melhores da região e muito apreciada

no Sul do país. Nos últimos anos as atividades econômicas estão voltadas para atividades extrativistas, de agronegócios que visam produzir e comercializar bens e serviços (ACJORNAL, 2019).

Apresenta 12.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 37.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 3.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (IBGE, 2020).

A Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade em 2010 era 94,9% (IBGE, 2020). Conta com escolas em todas as regiões do seu núcleo urbano, no entanto em sua zona rural, devido a escassez de escolas, uma pequena minoria dos alunos são obrigados a deslocar distancias consideráveis para te acesso a uma rede escolar. Cruzeiro do Sul concentra os principais cursos superiores de todo o vale do Juruá, sendo a principal instituição pública de ensino a Universidade Federal do Acre (UFAC).

1.2 O sistema municipal de saúde

No sistema de saúde do município há vários estabelecimentos de saúde, a maioria deles públicos, entre hospitais, pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços odontológicos. A cidade possui um Hospital da Mulher e da Criança do Juruá, e um grande Hospital Geral, o Hospital Regional do Juruá (CNES-DATASUS, 2020).

No final de 2019 em Cruzeiro do Sul foi inaugurada a primeira Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas do interior, e a maior do estado com capacidade para realizar 6 mil atendimentos por mês (MORAES, 2019).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) existem 36 UBS, com 27 equipes em zona urbana e 12 em zona rural sendo uma dessas fluvial, segundo os indicadores do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e CNES-DATASUS (2020).

Quadro 1- UBS do município de Cruzeiro do Sul.2020

1. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SENADOR ADALBERTO SENA
2. UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA PASTOR JOAO BRAZ
3. UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRANCISCO ARY DA SILVEIRA
4. UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA JOSE MATHEUS ARNALDO DOS SANTOS
5. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA LUIZ GONZAGA
6. UNIDADE BASICA DE SAUDE GEOVANA MARIA FREITAS DO VALE
7. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA OSMAR D ALBUQUERQUE LIMA
8. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA BOCA DO MOA ARITO ROSAS
9. UBS RIO LIBERDADE MAURICIO MAPES
10. POSTO DE SAUDE FAZENDA SAO GERALDO
11. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA GEOSETE COELHO MARIANO
12. UNIDADE M TERRESTRE CRUZEIRO DO SUL
13. UNIDADE BASICA DE SAUDE PENTECOSTES
14. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA GERALDO MAIA
15. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MANOEL RODRIGUES DE ARAUJO
16. POSTO DE SAUDE TRES BOCAS
17. POSTO DE SAUDE DEPUTADO FRANCISCO THAUMATURGO
18. UNIDADE BASICA DE SAUDE FRANCISCA SOUZA MACHADO
19. POSTO DE SAUDE MAURICIO PERES NOBRE
20. POSTO DE SAUDE RAIMUNDO JOSE DA SILVA
21. UNIDADE BASICA DE SAUDE EUCLIDES QUEIROS FILHO
22. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA NESTOR SOARES DE VASCONCELOS
23. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FRANCISCO PEREIRA DANTAS
24. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JOSE TIMOTIO DE OLIVEIRA
25. POSTO DE SAUDE ALFREDO SAID
26. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ABEL PINHEIRO
27. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA J LINS
28. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PROF QUITA
29. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FRANCISCO SOUZA DOS SANTOS
30. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA RAIMUNDO CELSO LIMA VERDE
31. UNIDADE DE SAUDE DA CLOVIS PINHEIRO ROSAS
32. UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FLUVIAL
33. POSTO DE SAUDE BURITIRANA
34. UNIDADE DE SAUDE ADALTO JOSE BATISTA

35. POSTO DE SAUDE VITAL BRASIL
36. UNIDADE SAUDE DA FAMILIA 25 DE AGOSTO

Fonte: Cnes-Datasus, 2020.

As estruturas de atenção à saúde secundárias e terciárias são os pontos da rede nos quais se ofertam serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas e servem de apoio à Atenção Primária. Os pontos de atenção terciários são tecnologicamente mais densos. Temos atualmente no município de Cruzeiro do Sul o Pronto Socorro e Hospital do Juruá, Hospital Dermatológico Mohan, Maternidade Hospital da Mulher e da Criança do Juruá, Clínica Renal do Vale do Juruá.

Os sistemas de apoio são:

- Sistema de apoios diagnóstico e terapêutico em Cruzeiro do Sul: centro diagnóstico, laboratórios particulares (LABSUL, CITOLAB).
- Sistema de assistência farmacêutica em Cruzeiro do Sul: Farmácia central e farmácias particulares.
- Sistema de informação em saúde em cruzeiro do sul: Mortalidades (SIM), nascidos vivos (SINASC), agravos de notificação compulsória (SINAN), informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) (SAI SUS), informações hospitalares do SUS (SIH SUS), Atenção básica (SIAB).

Os sistemas logísticos, segundo Mendes, (2011) citado por Oliveira (2015, p.27).

[...]são soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação e podem referir-se a pessoas, produtos ou informações e são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte. O município tem-ambulâncias da secretaria de saúde.

Quanto a organização dos pontos de atenção à saúde, é realizado o serviço de referência entre os pontos de atenção, principalmente ao Hospital do Juruá, sendo enviadas referências para diferentes especialidades como: Cardiologia, Ortopedia, Gastrologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Urologia, Nefrologia, Otorrinolaringologia. Também são realizadas referências ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o psiquiatra e psicólogo (porém atualmente o CAPS não dispõe de psiquiatra) e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da própria UBS com Psicólogo,

Nutricionista, Fisioterapeuta, educador físico. As especialidades que só tem em centros particulares seriam: Endocrinologia, Dermatologia e Ginecologia. As referências para a capital do Estado – Rio Branco, são feitas por meio do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), e geralmente as principais são feitas para Neurologia, Neuropediatria, Angiologia, Reumatologia.

Em respeito à ficha de contrarreferência não há essa disponibilidade por parte dos hospitais, pois todas as vezes que o paciente volta a UBS, não porta de nenhuma contrarreferência. Esse é reencaminhado a UBS sem exames que foram realizados no hospital, sem nenhum apanhado dos procedimentos realizados, evolução do quadro, diagnóstico ou tratamento. Essa falta de informação que uma contrarreferência dispõe é uma problemática de extrema importância afetando a integralidade na saúde do município.

O modelo de atenção à saúde no município é estruturado pela atenção básica, como a principal porta de entrada no sistema,

“a hierarquização se compõe da atenção primária ou básica, atenção secundária e terciária”. A atenção primária atua como um “filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção”. Esse modelo “é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade” (SANTOS, 2011, p.1).

1.3 Aspectos da comunidade

A área de atuação da Equipe de Saúde da Família 11 da Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro abrange a Vila Rica, o bairro do Formoso, o Bairro Artur Maia e o Bairro Nossa senhora das Graças, onde pertence os conjuntos Vale dos Buritis e Vale São Salvador. A comunidade apresenta cerca de 2.600 habitantes (sendo cerca de 1.486 pertencentes a equipe 11 e 1.112 pertencentes a equipe 14). A comunidade está localizada na zona urbana do município de Cruzeiro do Sul. Atualmente a população empregada vive basicamente do trabalho em estabelecimentos e instituições na região, porém boa parte da população se encontra desempregada. A segurança na área é um dos problemas mais alarmantes, pois na comunidade vivem integrantes de facções criminosas, e ao sair durante o dia pode-se observar as iniciais do comando vermelho pichada nos chãos das ruas e nos muros de algumas casas.

A estrutura de saneamento básico está deixando a desejar, falta ao município buscar recursos para atuar na resolução das problemáticas voltadas para esta área, como esgoto, drenagem, tratamento de resíduos sólidos e outros. Uma fração das moradias são precárias e observa-se claramente a ausência de infraestrutura, problemas como má distribuição de água, falta de rede de esgoto, coleta de lixo, pavimentação entre outros.

A educação atualmente é alcançável a toda população, porém a taxa de analfabetismo é mais alta nas pessoas mais idosas. A comunidade possui três escolas públicas municipais (Escola Padre Cristóvão Freire Arnold, Escola Artur Maia, e Escola Maria de Nazaré Lima) e uma creche que pertence a pastoral (Creche Brinquedoteca). Também estão presentes alguns templos religiosos (Igreja Cristã Maranata e Centro Diocesano de treinamento Irmã Adila).

As informações dos quadros 2 e 3 foram realizados com a colaboração dos ACS das equipes 11 e 14 (que abrange toda população adstrita à UBS). Justifica-se que no cadastro oficial de população há apenas alguns desses valores, sendo o restante foi elaborado a partir de valores estimativos, com ajuda das informações proporcionada por cada ACS da UBS.

Quadro 2 - Estimativa da população residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Ábel Pinheiro estratificada por gênero e faixa etária, 2020

FAIXA ETARIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	36	28	64
1-4	97	102	199
5-14	246	237	483
15-19	102	114	216
20-29	168	179	347
30-39	137	146	283
40-49	133	138	271
50-59	114	129	243
60-69	101	115	216

70-79	45	74	119
≥ 80	33	42	75
TOTAL	1.212	1.304	2.516

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência da Equipe 11. (2020)

Quadro 3- Estimativa dos casos mais prevalentes Unidade Básica de Saúde Dr. Ábel Pinheiro, 2020

Gestantes	24
Hipertensos	206
Diabéticos	31
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	19
Pessoas que tiveram AVC	13
Pessoas que tiveram infarto	2
Pessoas com doença cardíaca	17
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	6
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	8
Pessoas com sofrimento mental	32
Acamados	5
Fumantes	69
Pessoas que fazem uso de álcool	16
Usuários de drogas	12

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência da Equipe 11. (2020)

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro

A UBS Dr. Abel Pinheiro, foi inaugurada aproximadamente há dez anos (dezembro de 2000) e está situada na rua Morada Feliz, no bairro do Formoso, no município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre. CEP: 69980-000, CNES: 2000342, INE: 0000004715.



Figura 1- Mapa com a localização da área de abrangência da UBS Dr. Abel Pinheiro.

O local é bem adaptado e com uma estrutura física favorável a demanda e a população atendida que são em torno de 2.600 habitantes. Atualmente não só possui uma boa estrutura como também está com um adequado aporte de equipamentos e materiais; a área destinada a recepção é adequada, existe espaço e cadeiras para todos. Conta com 14 salas com suas respectivas finalidades: uma sala de recepção, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, um consultório de dentista, uma sala de esterilização, uma sala de expurgo, uma sala de endemias, uma sala de curativos, uma sala de nebulização, uma sala de triagem, uma sala de digitação, uma sala de reunião.

A unidade atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

Tem um adequado estoque de receituários, solicitação de laudos, exames e outros. Adequados materiais no consultório do enfermeiro (material de coleta de esfregaço cérvico vaginal, maca, entre outros); adequados materiais no consultório do médico (otoscópio, maca, negatoscópio, foco clínico, espátula palito, luvas, máscaras);

Adequado material odontológico; Sala de curativos as vezes existe carência de materiais, porém, atualmente se encontra em adequada quantidade de materiais (fios de sutura, pinças, fita adesiva, soro FSL 0,9%, algodão, gazes, entre outros).

A sala de digitação: possui três computadores, e uma impressora que não está sendo utilizada no momento por falta de tinta; sala de triagem com materiais adequados: esfigmomanômetro, estetoscópio, balança infantil, balança antropométrica, glicosímetro);

A sala de reuniões é a única parte desfavorável da UBS, além de um espaço muito pequeno e com poucas cadeiras, a ventilação e refrigeração do local se encontra em mal funcionamento, e essa má climatização e o fato de alguns profissionais terem que ficar em pé a maioria das vezes, os deixa um pouco desconfortáveis durante as reuniões.

Em relação aos equipamentos no mês de abril houve falta do glicosímetro e otoscópio, que já foram solucionados no mês de maio após solicitação à Secretaria de Saúde do município. No mês de abril também houve a falta de solução fisiológica e outros materiais de curativos, impossibilitando a realização dos mesmos, porém após várias reclamações também já foram solucionados.

Existe carência na unidade de medicamentos endovenosos de emergência. E as vezes temos a falta de alguns medicamentos anti-hipertensivos orais para em casos de crises hipertensivas, porém atualmente não está em falta.

Outra problemática é o conflito entre alguns ACS, gerando discussões sem fundamentos entre eles, durante as reuniões, prejudicando o foco da mesma.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 11 da Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro

Na UBS Abel Pinheiro há duas equipes de saúde da família (eSF), a equipe 11 e a 14, que estão compostas por: dois médicos, um dentista no período da manhã, uma

enfermeira no período da manhã, uma enfermeira no período da tarde, uma técnica de enfermagem no período da manhã, uma técnica de enfermagem no período da tarde, dois recepcionistas, equipe NASF as segundas e quartas (um psicólogo, um fisioterapeuta, um educador físico, um nutricionista); nove ACS, sendo quatro da equipe 11 e cinco da equipe 14.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 11

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 11 horas, no período da manhã e das 13:00 horas às 17:00 horas no período da tarde. Para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas a assistência.

A demanda na UBS é muito grande, com muitos pacientes todos os dias. Algumas sextas feiras também são realizadas reuniões com toda a equipe de saúde da UBS para planejamentos e discussões para melhoria da unidade. Frequentemente está sendo realizadas na UBS palestras de promoção de saúde, sobre vários temas importantes. De uma maneira bem didática que forma que toda população interage e entende toda informação passada.

1.7 O dia a dia da equipe 11

A maior parte dos atendimentos é de demanda espontânea, e alguns agendamentos. Há programas como: Saúde Bucal, Pré-Natal, Puericultura, Controle de Câncer de Mama e Ginecológico, Atendimento a Hipertensos e Diabéticos.

A Equipe 11 trabalha com agendamento diário das consultas e demanda espontânea, às quintas feiras é a folga da médica para dedicar as atividades do Curso de Especialização Gestão de Cuidado em Saúde da Família.

Às segundas feiras são realizadas consultas com os idosos no período da manhã no mesmo horário do atendimento da demanda espontânea, às sextas feiras são realizadas as visitas domiciliares no período da tarde. A enfermeira se encarrega do Papanicolau (PCCU), Pré-natal e Planejamento Familiar.

A equipe realiza reuniões durante o período da tarde em algumas sextas feiras e discute o planejamento e ações a serem realizadas na comunidade, como por exemplo: dias para realizar as vacinas aos acamados, apresentação de alguns pacientes especiais, reflexões sobre os avanços e os desafios do trabalho realizado da equipe, questionamentos sobre a atuação dos profissionais, limites da atuação, motivações, e sobre quais os aspectos os profissionais de saúde conseguiram cumprir.

Atualmente não há problemas significativos, que influenciem drasticamente no resultado da organização do trabalho. Os poucos pontos seriam:

- Falta de veículo disponibilizados pela secretaria, para realização das visitas domiciliares na hora marcada uma vez que a maioria espera para chegada do veículo até mais de 1h, atrasando os atendimentos e muitas das vezes foi por falta de aviso prévio da recepção;
- Também emergiram dificuldades no contexto das relações interpessoais durante o processo de trabalho, caracterizadas pela presença de conflitos, distanciamento e resistência à inclusão de novos profissionais. A falta de companheirismo em respeito a alguns ACS que tem entre si conflitos internos, o que gera uma instabilidade nas conversas e discussões durante o planejamento, porém já está sendo solucionado com a ajuda da nova coordenadora da unidade.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Para realizar o diagnóstico situacional foi utilizado o método da estimativa rápida que possibilitou levantar os principais problemas de saúde existentes no território e na comunidade área de abrangência da Equipe 11, que são apresentados a seguir:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada;
- Diabetes Mellitus (DM) não controlada;
- Alto índice de usuários com Dislipidemias;
- Transtornos depressivos;
- Delongamento para realização de exames complementares;

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A equipe 11 enfrenta diversos problemas relacionados à saúde dos usuários e não consegue resolver todos ao mesmo tempo, principalmente porque depende de recursos financeiros, humanos e materiais que por sua vez também necessitam de organização e planejamentos prévio. Por isso, foram selecionados os problemas identificados na análise situacional conforme a sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento de acordo com Campos, Faria e Silva (2018)

Quadro 4 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde 11, Unidade Básica de Saúde Ábel Pinheiro, município de Cruzeiro do Sul, estado do Acre.2020

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de usuários com dislipidemias	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de usuários com hipertensão arterial sistêmica descontrolada	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência de usuários com Diabetes Mellitus descontrolada	Alta	6	Parcial	3
Alta incidência de usuários com Transtornos depressivos	Alta	5	Parcial	4
Dealongamento para realização de exames complementares	Alta	4	Fora	5

Fonte: Autoria própria (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A Equipe da ESF 11 da UBS Dr. Abel Pinheiro no município de Cruzeiro do Sul, analisou a condição de saúde de seus usuários, e identificou os principais problemas de saúde, já apresentados acima.

Na análise da equipe o alto índice de dislipidemias nos usuários foi selecionada como prioridade, por estar entre os mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares ateroscleróticas integrando o conjunto das doenças crônico-degenerativas com história natural prolongada, tais como a hipertensão, a obesidade e o diabetes mellitus.

Também se aponta que na comunidade predomina uma taxa elevada de pessoas sedentárias, tabagistas, alcoólatras, com hábitos alimentares aterogênicos, muitas vezes consequências de uma falta de conhecimentos sobre hábitos saudáveis de vida, ou também por razão o nível socioeconômico baixo, resultando na incapacidade econômica da compra de alimentos saudáveis.

Ao final buscou-se alternativas de prevenção e tratamento para o controle das dislipidemias tendo em vista todas as complicações que esta traz para a população, e, para assim, ampliar o conhecimento da equipe sobre essa patologia e poder contribuir cada vez mais para qualidade de vida dos usuários.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para o controle das dislipidemias na comunidade atendida pela Equipe 11 da Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro, no Município de Cruzeiro do Sul, Acre.

3.2 Objetivos específicos

- Propor um estudo do tema com a equipe sobre os principais fatores de risco, tipos de dislipidemias, e os possíveis tratamentos para o controle das dislipidemias na UBS Dr. Abel Pinheiro, para enriquecer o conhecimento de toda a equipe.
- Propor estratégias para ampliar a educação da população, a respeito dos riscos da dislipidemia.
- Propor estratégias para a mudança do estilo de vida dos pacientes com dislipidemias.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o diagnóstico situacional utilizando o método da estimativa rápida, onde foram identificados e priorizados os problemas relevantes, levantados os nós críticos e as ações necessária para o enfrentamento dos problemas, conforme orientação de Faria, Campos e Santos (2018).

Para a fundamentação teórica do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores: hiperlipidemias, promoção de saúde, Atenção Primária à Saúde.

Para realização do plano de intervenção foram utilizados os passos do planejamento estratégico situacional conforme orientado por Faria, Campos e Santos (2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (CONASS, 2004, p.7).

A APS segundo Starfield (2002) deve ser a porta de entrada, isso quer dizer que deve ser de fácil acesso para o usuário, e oferecer atenção para todas as necessidades e problemas.

De acordo com o Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os princípios do SUS equidade, universalidade e integralidade estão presentes na APS. A ESF é prioritária para a expansão e consolidação desse nível de atenção (BRASIL, 2017).

São necessários à ESF, a existência de equipe multiprofissional, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, cada equipe de Saúde da família (eSF) deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF (BRASIL, 2012).

5.2 Dislipidemias

As dislipidemias estão relacionadas à alteração dos níveis séricos e características das moléculas e dos complexos lipídicos (BERWANGER, 2007).

Na dislipidemia pode se estar alterado principalmente o colesterol total e os triglicerídeos. Porém pode também ter outras alterações como a diminuição do colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-C) e o aumento do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C). É um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, podendo gerar arteriosclerose. Por esse motivo, deve ser o alvo de ações preventivas (BERWANGER, 2007).

“Os Lipídios são gorduras absorvidas dos alimentos ou sintetizadas pelo fígado. Os triglicéridos e o colesterol contribuem para a maioria das doenças, apesar de todos os lipídios serem fisiologicamente importantes” (GOLDBERG, 2018, p. 1).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2008), o papel da dislipidemia na aterosclerose coronariana está bem estabelecido. “Níveis elevados do colesterol total e LDL, redução nos níveis do colesterol HDL e aumento dos níveis de triglicérides, podem induzir à doença coronariana” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008, p. 1).

O risco de aterosclerose coronariana aumenta, significativa e progressivamente, em indivíduos com níveis de colesterol total e LDL acima dos patamares da normalidade. Para o colesterol HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco e níveis de colesterol HDL maiores do que 60 mg/dL caracterizam um fator protetor. Já níveis de triglicérides maiores que 150 mg/dL aumentam o risco de doença aterosclerótica coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008, p.1).

Os indivíduos que estariam mais sujeitos à doença aterosclerótica coronariana são aquelas pessoas incluídas nos seguintes grupos:

“História familiar precoce de aterosclerose (parentes de primeiro grau com menos de 55 anos para homens e menos de 65 anos para mulheres), hipertensão arterial, tabagismo e diabetes Mellitus” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008, p. 1).

5.3 Tratamento das dislipidemias

De acordo com a atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013, p.9), temos as seguintes medidas não farmacológicas:

- [...]-Terapia nutricional: dieta sem ácidos graxos trans, devendo-se incentivar a alimentação saudável (seleção, modo de preparo, quantidades e possíveis substituições dos alimentos);
- Substituição parcial de ácidos graxos saturados e exclusão dos ácidos graxos trans da dieta.
- Controle de peso corporal;
- Redução de bebida alcoólica, açúcares e carboidratos;
- Realização de Atividade Física;

-Cessação do tabagismo.

Quanto a terapia medicamentosa, a decisão para seu início depende do: risco cardiovascular do paciente e do tipo de dislipidemia presente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

5.4 Papel da Estratégia de Saúde da Família nas dislipidemias

“A APS, em especial a ESF, pode ser muito resolutiva nesses casos, realizando intervenções básicas envolvendo medicação, educação em saúde, aconselhamento e acompanhamento longitudinal” (MENDES, 2011 citado por GAMA et al.2008, p.3), em seu papel promover a qualidade de vida dos usuários, primeiramente intervindo nos fatores de riscos da doença, dessa forma realizando promoção de saúde com palestras dentro e fora da UBS, com o intuito de aumentar o nível informativo dos usuários sobre a doença e principalmente sobre os fatores de riscos que podem ser evitados por eles, e após a intervenção preventiva a equipe deve prestar assistência contínua e um acompanhamento integral aos usuários diagnosticados com dislipidemias.

Ainda, deve solicitar exames de rotina, realizar visitas domiciliares, acompanhamento com nutricionista e educador físico, sempre buscando conscientizar o usuário de que há necessidade de seguir com tratamento farmacológico e com mudança do estilo de vida, fundamentais para o controle das dislipidemias.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto índice de usuários com dislipidemias”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O alto índice de usuários com dislipidemias foi eleito como problema prioritário porque é uma patologia considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, como IAM e AVC (que são umas das principais causas de óbitos e causas de internação da área de abrangência da Unidade.

Na comunidade há 206 hipertensos, 31 diabéticos, 13 pacientes que já tiveram AVC, dois pacientes que já tiveram IAM. Sabe-se que é uma doença silenciosa e que provavelmente muitos usuários que não procuram a unidade rotineiramente podem ter desenvolvido dislipidemia, seja por causa primária ou secundária.

Observando a realidade da população, encontrou-se vários fatores de risco que podem ser modificados como os hábitos e estilos de vida, e decidiu-se agir neles, traçando estratégias de medidas preventivas para assim aumentar a expectativa de vida da nossa população.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A gênese do problema na comunidade e suas causas incluem: hábitos alimentares inadequados (ingesta de gorduras saturadas, colesterol, gorduras trans), ou condições socioeconômicas baixas que impossibilita a compra de alimentos

saudáveis frequentemente. A falta da prática de atividade física, o uso excessivo de bebidas alcoólicas e uso do cigarro são muito frequentes na população. Tudo isso somado a escassez de informação ou de conscientização em relação aos riscos das dislipidemias.

Como consequência desse estilo de vida inadequado, há uma população que já desenvolveu ou que tem grandes chances de desenvolver um desequilíbrio lipídico, e manifestar doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Campos, Faria e Santos (2018) definem os nós críticos como causas ou situações que são consideradas as mais importantes na origem do problema priorizado sua resolução consequentemente gera também impacto na resolução do problema. A equipe deve ter poder da governabilidade sobre os nós críticos.

Os principais nós críticos que geram o problema prioritário são:

- Hábitos alimentares inadequados: a maioria da população refere comer alimentos fritos, bebidas como refrigerantes, e também bebidas alcoólicas, alimentos ricos em carboidratos, enquanto alimentos saudáveis como frutas e verduras não são encontrados na alimentação da maioria dos pacientes;
- Sedentarismo: a maioria dos pacientes referem não conciliar o tempo para fazer atividades físicas e suas demais atividades diárias, outros simplesmente não sentem disposição para realizar nenhuma atividade física, mesmo sabendo que o controle do peso é essencial para o controle da doença;
- Tabagismo e alcoolismo: grande parte dos pacientes são fumantes de longa data, não conseguindo deixar de fumar, e muitos consomem bebidas alcoólicas diariamente.
- Baixo nível de informação dos usuários: existem usuários que conhecem todas ou algumas informações a respeito da importância que tem os hábitos de vida saudáveis, ou tem conhecimentos de algumas doenças que a falta de atividade física e má alimentação podem causar. Porém existe uma grande parte da população que não tem esse conhecimento, que não sabem dos riscos que uma dislipidemia pode trazer futuramente na vida do mesmo, e não conhecem os fatores de riscos nem o

que pode acarretar em uma dislipidemia. Muitos usuários que receberam o diagnóstico de dislipidemia, logo após mostrar resultado do lipidograma, não sabem que uma alimentação saudável e atividade física ajudam no controle dos níveis de CT e TG.

➤ Escassa promoção de saúde: a escassa promoção de saúde em relação ao tema de dislipidemia, é visto como um dos grandes problemas atuais na UBS, e isso é um fator modificável, com palestras interna entre a equipe. Os profissionais (principalmente os ACS que são os profissionais que sempre vão estar em contato direto com a maior parte da população) podem ser capacitados para instruir a população.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Campos, Faria e Santos (2018) definem desenho das operações como sendo conjuntos de ações para serem desenvolvidas durante a operacionalização do plano. As operações consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico, neles estão descritos: operações, projetos, resultados e produtos esperados, recursos necessários e os críticos, ações estratégicas, prazo, responsáveis pelo acompanhamento das ações e o processo de monitoramento e avaliação das ações seguindo os preceitos de Campos, Faria e Santos (2018).

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “Alto índice de usuários com Dislipidemias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 11 da Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro, do município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre, 2020

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados
6º passo: operação (operações)	Realizar promoção em saúde em conversar na sala de espera. Formar grupos com a participação da nutricionista e educador físico para discutirem sobre hábitos saudáveis e a importância da prática de exercícios físicos regularmente.
6º passo: projeto	“ Mais Saúde ”
6º passo: resultados esperados	- Redução em 50% o número de dislipidêmicos - Prevenir as complicações das dislipidemias
6º passo: produtos esperados	- Aumento do nível de conhecimento da população - Capacitação da equipe
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: repasse de conhecimento para os pacientes e equipe. Financeiro: adquirir materiais para divulgação, como panfletos. Político: apoio do gestor local para estabelecer parcerias, com rádio, jornal.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: repasse de conhecimento para os pacientes e equipe. Financeiro: adquirir materiais para divulgação, como panfletos. Político: apoio do gestor local para estabelecer parcerias, com rádio, jornal.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: nutricionista e educador físico Motivação: Favorável Não há necessidade de usar nenhuma ação estratégica motivacional.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Nutricionista e educador físico. Três meses para o início das ações e 4 meses para seu fim.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Nutricionista e educador físico.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “Alta incidência de usuários com Dislipidemias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 11 da Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro, do município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre, 2020

Nó crítico 2	Sedentarismo
6º passo: operação (operações)	Reuniões com a enfermeira e educador físico uma vez a cada quinze dias para discutirem com os pacientes a importância da saúde mental e a prática de e exercícios aeróbicos com frequência. Formar grupos para prática de atividades físicas
6º passo: projeto	Exercitar é saúde
6º passo: resultados esperados	- Redução do número de usuários com sobrepeso ou obesidade. - Prevenção dos riscos que traz a falta de atividade física em usuários dislipidêmicos.
6º passo: produtos esperados	- Diminuição dos índices glicêmicos e triglicerídios dos pacientes.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: repasse de conhecimentos para os pacientes. Financeiro: para compra de materiais para realização das atividades físicas. Político: apoio do gestor.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: repasse de conhecimentos para os pacientes. Financeiro: para compra de materiais para realização das atividades físicas Político: apoio do gestor
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Educador físico e técnica de enfermagem estão motivados. Não há necessidade de usar nenhuma ação estratégica motivacional. Três meses para o início das ações.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsável: Educador físico e técnica de enfermagem Motivação: Favorável
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Educador físico e técnica de enfermagem vão elaborar uma planilha para controle dos pacientes mensalmente.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “Alta incidência de usuários com Dislipidemias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 11 da Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro, do município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre. 2020

Nó crítico 3	Tabagismo e Alcoolismo
6º passo: operação (operações)	Formar grupos de tabagista e seguir o programa anti-tabagismo do Ministério da Saúde, coordenado pela médica. Formar grupos de apoio ao alcoolista coordenado pela psicóloga. - Prevenir a iniciação do tabagismo e alcoolismo em crianças e adolescentes palestras nas escolas.
6º passo: projeto	“Abandonando Vícios”
6º passo: resultados esperados	- Diminuição do tabagismo e alcoolismo na comunidade. - Prevenção a iniciação do tabagismo e alcoolismo em crianças e adolescentes. - População mais informada sobre os riscos que o tabaco e álcool causam a saúde.
6º passo: produtos esperados	- Implantação do Programa nacional de controle do tabagismo. - Implantação do grupo de apoio ao alcoolista.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: repasse de conhecimento aos usuários alcoolistas e tabagistas. Financeiro: adquirir materiais para divulgação, folhetos educativos. Político: apoio de gestor, estabelecer parcerias com as escolas.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: repasse de conhecimento aos usuários alcoolistas e tabagistas. Financeiro: adquirir materiais para divulgação, folhetos educativos. Político: apoio do gestor, estabelecer parcerias com as escolas.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica e psicóloga estão motivadas Não há necessidade de usar nenhuma ação estratégica motivacional. Três meses para o início das ações e 4 meses para seu fim.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: Médica e psicóloga
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Médica e psicóloga são responsáveis pelo monitoramento e acompanhamento das ações.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 4 relacionado ao problema “Alta incidência de usuários com Dislipidemias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 11 da Unidade Básica de Saúde Dr. Abel Pinheiro, do município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre.2020

Nó crítico 4	Baixo nível de informação dos usuários
6º passo: operação (operações)	- Aumentar o nível de informação sobre dislipidemias dos usuários. - convidar os agentes comunitários para participarem das atividades.
6º passo: projeto	“Mais conhecimento”
6º passo: resultados esperados	- Usuários com maior nível de conhecimentos sobre as dislipidemias.
6º passo: produtos esperados	- Criar grupos educativos dentro da unidade utilizando metodologias que facilitem o aprendizado dos pacientes.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: repasse de conhecimentos para os usuários e agentes comunitários. Financeiro: adquirir material áudio visual Político: apoio do gestor.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: repasse de conhecimentos para os usuários e agentes comunitários. Financeiro: adquirir material áudio visual Político: apoio do gestor.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica e enfermeira estão motivadas Não há necessidade de usar nenhuma ação estratégica motivacional. Três meses para o início das ações e 4 meses para seu fim.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Médica e enfermeira

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 8 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “Alta incidência de usuários com Dislipidemias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 11 da Unidade Básica de Saúde Dr.Abel Pinheiro, do município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre. 2020

Nó crítico 5	Escassa promoção de saúde
6º passo: operação (operações)	-Discutir com a equipe estratégias para aumentar as ações de promoção de saúde. -Discutir temas relacionados com a dislipidemias, agravos, cuidados e abordagens. -Planejar as ações de promoção de saúde, periodicidade e responsáveis.
6º passo: projeto	“Mais qualidade de vida”
6º passo: resultados esperados	- Equipe bem informada e conscientes de suas atividades de promoção de saúde.
6º passo: produtos esperados	- Formar um grupo de educação em saúde para controle das dislipidemias na unidade.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: equipe capacitada e com estratégias para atender os pacientes Político: apoio do gestor.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: equipe capacitada e com estratégias para atender os usuários. Político: apoio do gestor
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe da Unidade Básica de Saúde. Motivação: Favorável Não há necessidade de usar nenhuma ação estratégica motivacional.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e enfermeira Três meses para o início das ações e 4 meses para seu fim.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Médica e enfermeira farão a gestão do plano por meio de reunião semanal com todos membros da equipe.

Fonte: Autoria própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar esse trabalho a equipe percebeu a relevância que é ter uma população bem informada sobre as consequências das dislipidemias, e as formas como podem evitá-la.

Esse projeto teve como base a mudança do estilo de vida dos pacientes, aumentar o nível informativo sobre a doença, e melhorar as ações de promoção de saúde, para assim dar uma adequada assistência para os pacientes com dislipidemias ou com risco de desenvolver dislipidemias.

Como resultado deste projeto espera-se a redução dos casos de dislipidemias em na área de abrangência, e conseqüentemente assim evitar suas possíveis complicações e melhorando a qualidade de vida dos usuários.

REFERENCIAS

BERWANGER, O. et al. **Terapêutica Cardiovascular: Das evidencias para a pratica clínica**. 1. ed. Porto Alegre, Artmed, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. (Série E. Legislação em saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 08 de fev. de 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 out 2020

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/cruzeiro-do-sul/panorama>. Acesso em: 08 de fev. de 2020

ACJORNAL. **Com Economia Forte e Povo Acolhedor, Cruzeiro do Sul Comemora 115 Anos de Fundação**. Rio branco, setembro 2020. Disponível em: <https://acjornal.com/2019/09/28/com-economia-forte-e-povo-acolhedor-cruzeiro-do-sul-comemora-115-anos-de-fundacao/>. Acesso em: 20 de out. de 2020.

CIDADE-BRASIL. Município de Cruzeiro do Sul. 2020. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-cruzeiro-do-sul.html>. Acesso em: 08 de fev. de 2020.

CNES-DATASUS. **Estabelecimentos de Saúde do Município: Cruzeiro do Sul**, Brasília, 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=12&VCodMunicipio=120020&NomeEstado=ACRE. Acesso em: 08 de fev. de 2020

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS documenta. **Caderno de informação técnica e memória de Progestores**. Brasília: CONASS. Documenta 2, 2004.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIA_CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

GOLDBERG, A. Visão geral do metabolismo lipídico. **University School of Medicine, Washington**, 2018. Disponível em: <https://msdmanuals.com/pt/profissional/distúrbios-endócrinos-e-metabólicos/distúrbios-lipídicos/visão-geral-dos-metabolismo-lipídico?query=dislipidemia%20goldberg>. Acesso em: 08 de fev. de 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.2011. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>. Acesso em: 08 de fev. de 2020 in OLIVEIRA,N.R de (Org). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes** - São Luís, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**.2011. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>. Acesso em: 08 de fev. de 2020 in GAMA *et al.*, Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 12 (3), São João del Rei, setembro-dezembro de 2017

MORAES, W. Inauguração da UPA de Cruzeiro do Sul é um marco na nova saúde do estado do Acre. **Notícias do Acre**, 2019. Disponível em: <https://agencia.ac.gov.br/inauguracao-da-upa-de-cruzeiro-do-sul-e-um-marco-na-nova-saude-do-estado-do-acre/>. Acesso em: 08 de fev. de 2020.

SANTOS, L. O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania**. 2011. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>. Acesso em: 10 nov 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Dislipidemia e aterosclerose. Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2008. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/dislipidemia-e-aterosclerose>. Acesso em: 11 de fev. de 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose**. Rio de Janeiro, volume 109, N° 2, Supl. 1, agosto 2017. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA_S.pdf. Acesso em: 11 de fev. de 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002.