

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

VIRGINIA MASSÓ BORBONA

**A DISLIPIDEMIA PRINCIPAL FATOR DE RISCO PRESENTE NOS
HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMILIAR Nº 1 DO
MUNICÍPIO JOSÉ GONÇALVES DE MINAS: um projeto de
intervenção.**

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

2015

VIRGINIA MASSÓ BORBONA

A DISLIPIDEMIA PRINCIPAL FATOR DE RISCO PRESENTE NOS HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMILIAR Nº 1 DO MUNICÍPIO JOSÉ GONÇALVES DE MINAS: Um projeto de intervenção.

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo.

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

2015

VIRGINIA MASSÓ BORBONA

A DISLIPIDEMIA PRINCIPAL FATOR DE RISCO PRESENTE NOS HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMILIAR Nº 1 DO MUNICÍPIO JOSÉ GONÇALVES DE MINAS: Um projeto de intervenção.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 13/04/2015

DEDICO

Aos meus pais pela sabedoria transmitida, que me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

Ao meu filho que é minha eterna luz e força em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A todas àquelas pessoas que com seu apoio fizeram possível a realização deste projeto.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem hoje um problema de saúde importante no mundo inteiro e no Brasil. Pela sua alta incidência é necessário o controle fundamentalmente dos fatores de risco presentes neste tipo de doenças. A dislipidemia, por exemplo, é um desses fatores relacionados, frequentemente com doenças como Hipertensão Arterial. Entendemos que em muitas ocasiões a dislipidemia está muito presente pela falta de informação e conhecimentos dos pacientes a respeito da mesma; na maioria dos casos esta doença que, por sua vez constitui fator de risco, está muito relacionada com hábitos e estilos de vida inadequados. Este estudo tem como objetivo diminuir o número de pacientes hipertensos com dislipidemia na população da ESF N^o 1 do município José Gonçalves de Minas mediante o aumento do nível de informação dada a esses pacientes e a promoção de mudanças de hábitos e estilos de vida. A metodologia está baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional por meio do qual, após processar os principais problemas de saúde, foi elaborado um plano de ação para o enfrentamento do problema prioritário. Foi também realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para buscar as evidências já existentes sobre a temática deste estudo. Esperamos diminuir a ocorrência no território de internações, agravamentos e óbitos por causa destas doenças.

Palavras chave: Hipertensão. Dislipidemia. Obesidade.

ABSTRACT

The chronic non-transmissible diseases constitute a major health problem worldwide and in Brazil, because of its high incidence is necessary to fundamentally control of risk factors present in this type of disease, Dyslipidemia for example is one of these factors often related with diseases like hypertension. We understand that on many occasions the Dyslipidemia is very present by the lack of information and knowledge of patients to respecting most cases this disease which in turn constitutes a risk factor is closely related to inadequate habits and lifestyles. This study aims to decrease the number of hypertensive patients with Dyslipidemia in the population of the ESF 1 in the municipality José Gonçalves de Minas by increasing the level of information from these patients and promoting changes in habits and lifestyles. The methodology is based on the Situational Strategic Planning method by means of which after processing the main health problems has been developed a plan of action to deal with the problem a priority. It was also performed a literature review on Virtual Health Library to fetch the existing evidence on the subject of this study. We hope to lessen the occurrence in the territory of admissions, complications and deaths because of these illnesses.

Key words: Hypertension, Dyslipidemia. Obesity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Identificação do município	10
1.2 Histórico e descrição do município.....	10
1.3 Aspectos Demográficos	11
1.4 Aspectos socioeconômicos.....	12
1.5 Saneamento Básico	13
1.6 Educação	14
1.7 Sistema Municipal de Saúde.....	14
1.7.1 Unidade de Saúde da Família- USF	15
1.8 Recursos humanos.....	16
1.9 Aspectos Epidemiológicos	17
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se a principal prioridade na área da saúde no Brasil onde 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNT são as principais fontes da carga de doença. No entanto, é importante notar que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) está aumentando paralelamente à prevalência de excesso de peso. Esse aumento está associado a mudanças desfavoráveis na dieta e nas atividades físicas (BRASIL, 2006)

Alguns fatores de risco são responsáveis por grande parte dos anos potenciais de vida perdidos, tais como: pressão alta, tabagismo, baixo peso, excesso de peso, níveis inadequados de colesterol sérico e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Tais fatores podem ser amenizados com mudanças comportamentais. Lidar com a tendência mundial acerca do aumento das doenças crônico-degenerativas na população adulta é um dos desafios que estão sendo enfrentados nas UBS e é nesse espaço que há possibilidade de se encontrar essa faixa populacional antes do adoecimento.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, responsável por mais de um milhão de internações por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). As doenças crônicas estão na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

No Brasil, a situação não é diferente. As doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares e o diabetes *mellitus*, também lideram as causas de morbimortalidade, gerando grandes demandas aos serviços de saúde, apesar de o desenvolvimento tecnológico e científico possibilitar o diagnóstico precoce e antecipar a terapêutica adequada (BRASIL, 2006). Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde investir no atendimento ao adulto, considerando as especificidades individuais, além disso, tomar decisões de elaborar propostas de

implantação, reestruturação e organização do serviço de saúde, objetivando otimizar os recursos da comunidade e do sistema de referência em saúde.

1.1 Identificação do município

O município de José Gonçalves de Minas está localizado em relação à capital do estado e outros pontos geográficos interessantes, na região do médio Jequitinhonha, microrregião de Araçuaí – MG, situada no nordeste mineiro. A extensão territorial é 381.09 Km². O relevo é 50% Montanhoso, 30% Plano; 20% Ondulado. A concentração habitacional do Município de José Gonçalves de Minas possui segundo dados do IBGE 5.387 habitantes, totalizado com os habitantes da zona urbana e zona rural (IBGE, 2013).

1.2 Histórico e descrição do município

O Município de José Gonçalves de Minas se localiza na região do médio Jequitinhonha, microrregião de Araçuaí – MG, situada no nordeste mineiro, faz divisão ao sul com Chapada do Norte, ao norte com Cristália, a leste com Berilo, a oeste com Botumirim e sudeste com Leme do Prado.

Segundo o IBGE (2013), o Município de José Gonçalves de Minas é composto por 21 localidades rurais, sendo elas:

- Povoado: Ijicatu, Santa Rita, Catutiba, Fátima, Malhada, Serraria.
- Localidades: Mandacaru, Santana, Ribeirão Pequeno, Córrego Cipó, Córrego do Arrozal, Samambaia, Palmital, Contendas, Farinha Seca de cima e de baixo, Vargem do Pombo, Barreiro, Alegre, Estiva, Limeira, São Bento, Ribeirão gangorras de baixo e de cima, Córrego dos Paulinos, Lapinha, Passos, São Bento e Brejo.

De acordo com os moradores mais velhos do município, aproximadamente, por volta de 1850, vindo de outros lugares, chegou aqui um senhor Santos Nunes Teixeira, conhecido por Santo Pombo, fixando sua moradia, na proximidade de um córrego, mais tarde denominado Córrego Contenda do Pombo. Com a vinda do Padre José

Nuno da Silva (Padre José Nuno), mudou o nome da Comunidade Contenda do Pombo para Comunidade Farinha Seca.

Em 1962, com a emancipação política de Berilo, Vila de Gangorras passa a condição de Distrito, recebendo o nome de José Gonçalves de Minas em homenagem ao afamado farmacêutico e célebre político da época o Sr. José Gonçalves da Mota.

Em 21 de dezembro de 1995, pela Lei número 12.030, o Distrito de José Gonçalves de Minas, foi emancipado, recebendo o mesmo nome: José Gonçalves de Minas.

1.3 Aspectos Demográficos

Quadro 1- Distribuição da população de Jose Gonçalves de Minas segundo a faixa etária, para o ano de 2013.

Faixa etária	N	%
0 a 4	134	5,1
5 a 9	250	10,3
10 a 14	292	12,0
15 a 19	293	12,0
20 a 29	394	16,2
30 a 49	701	29,0
50 a 59	136	5,6
60 a 69	150	6,2
70 a 79	52	2,1
80 anos e mais	29	1,2
TOTAL	2431	100,0

Fonte: IBGE, 2013

De acordo com o Censo Demográfico realizado em todo o país pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e disponibilizadas as projeções para 2013

(IBGE, 2013), a taxa anual de crescimento da população mineira ficou em torno de 0,91%, número bem menor que o 1,5% verificado nas últimas décadas. O número significa uma queda de participação da população do Estado de 11% para 10% no total do país. Somente quatro Estados tiveram taxa de crescimento populacional menor que a de Minas Gerais: Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia e Paraíba.

O município apresenta uma taxa de Crescimento Anual de 1,8% sendo a população na zona rural a que apresenta o menor crescimento.

1.4 Aspectos socioeconômicos

A principal atividade econômica na área urbana do município é o comércio e na área rural é a agricultura de subsistência e também para comércio, juntamente com derivados de leite e farináceos. A pecuária vem complementando e timidamente buscando seu espaço e a agricultura da cana-de-açúcar também tem sido uma fonte de renda. A região de José Gonçalves de Minas é desprovida de indústrias, geradoras de empregos, o que força grande parte das famílias a migração sazonal para as regiões cafeeiras e canavieiras e, em época de temporadas vão para a praia trabalhar como vendedores. Alternativa de auto sustentação é a pecuária, com criação de pequenos rebanhos bovinos e a agricultura de subsistência e também cultivo para comercialização. O município conta com a associação para produção de cachaça para o comércio e alguns habitantes possuem alambiques próprios para a produção e comercialização de cachaça. A produção de derivados de leite tem ganhado muita importância para o comércio local e produção autônoma de pequenos carvoeiros.

As principais fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- PAB Variável (Programa Saúde da Família);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.
- ICMS para as equipes de saúde da família (Lei Robin Hood).

1.5 Saneamento Básico

O sistema de saneamento do município de José Gonçalves de Minas funciona da seguinte forma: as águas servidas para a sede do município são provenientes do rio Ribeirão de Gangorras com tratamento fornecido pela empresa COPANOR/MG. O sistema de esgoto sanitário é rudimentar, existe encanamento público, mas o destino final é o rio Ribeirão de Gangorras que é localizado dentro da cidade. A construção da Estação de Tratamento de Esgoto (ETE) já está finalizada, porém a empresa responsável pela manutenção ainda não assumiu totalmente o trabalho. Nas comunidades de Santa Rita, Ijicatu e Catutiba existem esgoto encanado que se destina a fossas, onde é o destino do esgoto de todas as residências, já nas demais comunidades rurais, a maioria possui fossa, mas ainda existe despejo em céu aberto, tendo algumas residências que não possuem nem banheiro com vaso sanitário.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Julia Rodrigues Pereira é razoavelmente boa. A coleta de resíduos sólidos urbanos domiciliares é feita diariamente, sob a responsabilidade da Secretaria de Obras. A limpeza urbana é executada por varrição e coleta transportada por um trator, com destino final do lixo em aterro sanitário devidamente controlado.

Os resíduos sólidos da sede do município e dos povoados de Santa Rita, Ijicatu e Catutiba são coletados pelo serviço municipal, mas as demais comunidades rurais não recebem coleta de lixo. As famílias, em sua maioria, queimam o lixo, mas um grave problema a ser solucionado é o acúmulo do lixo a céu aberto, favorecendo a proliferação de vetores transmissores de diversos tipos de doenças.

1.6 Educação

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores:

Taxa de escolarização - as taxas de escolarização variam de um a outro nível de ensino mostrando predominância no nível fundamental de escolarização em torno de 59%. A seguir temos a ensino pré-escolar e o nível médio com 9,0 %. O município possui uma taxa de analfabetismo de 33,53% sobretudo, na região rural. Criança em idade escolar fora da escola está em torno de 5,0% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, 2013).

O Índice de desenvolvimento da educação básica absoluto está em torno de 0,690 e relativo no Brasil em relação na classificação estado/país é de 204/265. O Índice de Desenvolvimento Humano Longevidade é de 0,8 com relação a o estado de MG e no Brasil a proporção é de 131/176.

Quanto aos recursos da comunidade, o município tem seis escolas, uma creche quatro igrejas, dois ginásios poliesportivos, uma praça e várias lojas comerciais atuantes.

Conta com serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos.

1.7 Sistema Municipal de Saúde

População usuária da assistência à saúde no SUS é 100%. As ações e serviços de Saúde integram uma rede unificada, regionalizada e hierarquizada e constituem o SUS, organizado, no âmbito do município, de acordo com as seguintes características: municipalização dos recursos, serviços e ações; integralidade na prestação das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município no ano 1990 possui uma cobertura de 100 % da população. Conta com uma Unidade Básica de

Saúde (UBS), uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro Psicossocial (CAPS), Rede de farmácias comunitárias com uma farmácia principal em a Secretaria Municipal de Saúde.

O Município, para efeitos de utilização de equipamentos de maior complexidade em saúde, agrega-se a outros municípios para execução de um âmbito maior das ações de saúde, ao nível hospitalar e de urgência. O sistema de referência e contra referência funcionam da UBS até os Hospitais Regionais e estaduais onde se articulam com outras redes de Média e Alta Complexidade de a região e estado.

O serviço de saúde do município funciona de segunda a sexta feira de as 7:00 horas até às 17:00 horas e com plantão de 24 horas todos os dias, na própria UBS.

As referências para a média e alta complexidade são enviadas para os municípios de Turmalina, Diamantina, Minas Novas e Belo Horizonte. .

1.7.1 Unidade de Saúde da Família- USF

O município possui uma UBS com duas equipes de saúde da família e três unidades de Apoio nos Povoados de Ijicatu, Catutiba e Santa Rita.

A equipe da UBS é composta por três médicos, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, uma técnica de saúde bucal, uma recepcionista, um porteiro, dois auxiliares de serviços gerais e um vigia.

As equipes de saúde da família são compostas por duas enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem (duas integram as equipes e as demais são apoios nas unidades de apoio dos povoados), três médicos, dois cirurgiões dentistas, dois técnicos de saúde bucal, 16 agentes comunitários de saúde, dois motoristas e ainda dois auxiliares de serviços gerais que atuam na limpeza da unidade. O serviço da saúde conta também com uma psicóloga duas fisioterapeutas, sendo que uma dá suporte aos postos de apoio nos povoados e a outra atende a sede e demais comunidades rurais. Acontecem mensalmente atendimentos na UBS de consultas agendadas com o Ginecologista, Cardiologista e Cirurgião geral.

A equipe odontológica de José Gonçalves de Minas prioriza o atendimento por a faixa etária de 0 a 15 anos de idade (atendimentos escolares), como grupo compulsório e como grupo eletivo. Atende também aos adultos, gestantes, e hipertensos, diabéticos, pacientes portadores de necessidades especiais inclusos nos Programas Saúde das Famílias.

As equipes do PSF atendem as famílias de 17 micro áreas, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 2 - Número de famílias cadastradas por microáreas nas duas equipes de saúde da família do município de José Gonçalves de Minas, 2014.

Microáreas	PSF 1	PSF 2
1	64	54
2	89	57
3	40	77
4	61	92
5	109	63
6	77	162
7	78	54
8	90	36
9	-	52

Fonte: SIAB, 2014

1.8 Recursos humanos

O município conta com 50 trabalhadores atuando nos serviços de saúde.

Quadro 3 – Número de trabalhadores que atuam na área da saúde no município de José Gonçalves de Minas, 2014.

TRABALHADORES	N
Médicos	3
Cirurgião dentista	2
Recepcionista	1
Técnico de Saúde Bucal	2
Enfermeiros	7
Farmacêutico/Bioquímico	2
Técnicos de Enfermagem	10
Agentes Comunitários de Saúde	17
Fisioterapeutas	2
Técnicos de Vigilância Epidemiológica	2
Serviço de Controle de Zoonoses	1
Fiscal Sanitário	1

1.9 Aspectos Epidemiológicos

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) relativos a 2013, o município tinha cadastrado 241 portadores de hipertensão arterial, 85 portadores de diabetes e um portador de hanseníase.

Em 2013, ocorreram 61 hospitalizações de usuários da área de abrangência sendo 34 por gravidez, parto e puerpério, seis por doenças do aparelho respiratório, quatro por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, cinco por neoplasias e 12 por demais causas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência foram: doenças do aparelho circulatório oito; doenças do aparelho respiratório quatro; causas externas duas e neoplasias três (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi em 2013, de 93%.

Pelos dados levantados no município foi possível verificar que as doenças crônicas têm peso significativo na morbimortalidade da população do município, justificando-

se, portanto, a proposta do projeto de intervenção para trabalhar a questão da dislipidemia principal fator de risco presente nos hipertensos cadastrados na equipe que atua, ou seja, equipe de ESF nº 1.

2 JUSTIFICATIVA

Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de HAS de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade. Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada é o controle dos fatores de risco (BRASIL, 2010)

A HAS é considerada um dos problemas prioritários detectados em nossa área de abrangência, agravada por a presença de fatores de risco como a dislipidemia. A HAS é um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública com um aumento progressivo da mortalidade.

Em nossa área de abrangência a população em geral tem maus hábitos de vida que constituem fatores de risco para a HAS como: alimentação inadequada, consumo excessivo de sal, gorduras e açúcar, pouco consumo de frutas e vegetais, sedentarismo, não realizam pratica de atividades física, são tabagistas e fazem consumo excessivo de álcool e ainda são obesos.

Nós, como profissionais de saúde da atenção primária, devemos implementar medidas de prevenção contra a HAS e a dislipidemia estimulando as mudanças no estilo de vida, promovendo hábitos saudáveis de vida que devem ser adotados desde a infância e a adolescência como: alimentação saudável, consumo controlado de sódio, ingestão de potássio, consumo adequado de frutas e vegetais, combater o sedentarismo com a prática de atividade física, evitar o tabagismo, consumo controlado de álcool e a redução do peso. São fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados.

As atividades de educação em saúde, as práticas educativas constituem importante instrumento para a promoção e a autonomia dos usuários dos serviços e o cuidado à saúde, realizadas de forma individual ou em grupo, por profissionais de saúde:

médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros são fundamentais para o controle desses agravos na população.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensos associados com dislipidemia como fator de risco fundamental e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, com propostas viáveis.

3 OBJETIVOS

Geral

Elaborar um Projeto de Intervenção para o acompanhamento de pacientes adultos portadores de hipertensão arterial com dislipidemia da equipe de saúde da Família Nº 1, do município José Gonçalves de Minas.

Específicos

Propor mudanças no estilo de vida dos pacientes hipertensos com dislipidemia.

Ampliar o nível de informação dos pacientes hipertensos com dislipidemia sobre a prevenção, risco e tratamento.

Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento adequado de hipertensos com dislipidemia.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foram realizadas as seguintes etapas:

Utilização dos dados colhido da realização do Diagnóstico Situacional pelo Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) durante o desenvolvimento da disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde, nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

A busca foi realizada por meio das seguintes palavras chaves:

Hipertensão.

Dislipidemia.

Obesidade.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos (gorduras). Assim como a hipertensão, também é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares.

Na dislipidemia há alteração dos níveis séricos dos lipídeos. As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicerídeos (TG) altos, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS E DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2007).

Em consequência, a dislipidemia é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose (espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias), infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração (diminuição da irrigação sanguínea no coração) e AVC (derrame) (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS E DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2007).

Os níveis de lipídios na corrente sanguínea estão associados ao hábito de praticar exercícios, de ingerir bebidas alcoólicas, carboidratos e gorduras. Além disso, o índice de massa corpórea e idade influenciam as taxas de gordura sérica. A atividade física aeróbica regular, como corrida e caminhada, constitui medida auxiliar para o controle da dislipidemia.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública mundial por sua alta prevalência e associação com maior risco de doença cardiovascular (acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, coronariopatia e doença renal) (STAMM *et al.*, 2008).

É frequente a associação entre dislipidemia e hipertensão arterial, juntos representam mais de 50% do risco atribuível da doença arterial coronariana. A abordagem não medicamentosa, com modificações do estilo de vida, implementando cuidados alimentares, adequação do peso corporal e prática regular de atividade física, é obrigatória (BRASIL, 2006).

A associação da HAS com a doença cardiovascular é contínua e independente de outros fatores de risco como: obesidade, dislipidemia, diabetes *mellitus*, tabagismo, nefropatia, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos ou homens com menos de 55 anos (NUNES *et al.*, 2008).

Frequentemente os indivíduos apresentam uma associação de diversos fatores de risco cardiovascular, constituindo a chamada síndrome metabólica, caracterizada pela presença de três das seguintes alterações: obesidade central ou abdominal, intolerância à glicose, PA de 130 por 85 mmHg, elevação dos triglicérides ou baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL-c). Esta síndrome tem prevalência relativamente alta na população adulta e mortalidade significativamente mais elevada quando comparada aos fatores de risco cardiovasculares isoladamente (LOPES, 2003).

Os maiores fatores de risco hipertensivo são obesidade e dislipidemia e as complicações cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade na HAS. A avaliação dos pacientes hipertensos tem o objetivo de verificar o estilo de vida e identificar outros fatores de risco cardiovascular ou desordens concomitantes que possam afetar o prognóstico e o tratamento, identificar doenças associadas e a etiologia, além de verificar a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e doença cardiovascular (NUNES *et al.*, 2008).

A nítida correlação entre o excesso de peso, principalmente em região central, com o risco de doenças cardiovasculares tem sido consistentemente demonstrada, desde o clássico estudo de Framingham, em que 5.209 indivíduos de ambos os sexos foram acompanhados por 26 anos (HUBERT *et al.*, 1983).

Neste sentido, Hunter *et al.* (1997) comentam que a distribuição da gordura periférica tem fraca correlação com doenças cardiovasculares, o tecido adiposo subcutâneo abdominal se associa com risco moderado, enquanto a adiposidade central está associada a alto risco.

Indivíduos normotensos que passam a apresentar obesidade central têm maior incidência de hipertensão, sendo que a perda de peso acarreta redução da pressão

arterial e a obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco cardiovascular (NUNES *et al.*, 2008).

Ao longo dos dois últimos séculos, a revolução tecnológica e industrial, com consequências econômicas e sociais, resultaram em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as doenças cardiovasculares. A carga econômica das DCNT produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças. A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes. As taxas de mortalidade tendem a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e pela ausência de atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2008).

É importante registrar que a adoção da Estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multisetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) exige.

A proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as doenças em todo o mundo por meio de medidas preventivas. Existem inúmeras intervenções protetoras vasculares e renais de benefício comprovado. Entre elas destacam-se adoção de hábitos alimentares, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes com controle da glicemia e uso profilático de alguns fármacos adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, e controle da pressão arterial (BRASIL, 2008).

Um dos pilares da prevenção cardiovascular são hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação saudável. Algumas intervenções nutricionais mostraram-se efetivas na redução de eventos cardiovasculares em indivíduos de alto risco. Dietas

protetoras são baseadas em alimentos de origem vegetal em abundância e dieta rica em fitoesteróis.

Existe uma associação entre peso e risco cardiovascular. Em indivíduos acima do peso ideal, a redução de peso diminui o risco cardiovascular e a incidência de diabetes *mellitus*. Além disso, o tratamento da obesidade e a prática de atividade física regularmente promovem efeitos protetores para a doença cardiovascular a curto e médio prazo reduzindo os níveis de glicemia, pressão arterial e a melhora o perfil lipídico.

As atividades de educação em saúde, as práticas educativas constituem importante instrumento para a promoção e a autonomia dos usuários dos serviços e o cuidado à saúde, realizadas de forma individual ou em grupo, por profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros são importantes para o controle desses agravos na população.

O projeto de intervenção é, portanto, uma ação planejada com vistas às tomadas de decisão, de modo que se possam alcançar os objetivos pretendidos. Dessa forma, delimita-se a priori o terreno ou espaço onde se pretende programar mudanças. O projeto de intervenção é, segundo Paz *et al.* (2013, p. 4), “uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade”.

Elaborar, portanto, um projeto de intervenção significa conhecer a realidade na qual se pretende atuar, criar estratégias/ações para transformar essa realidade, conscientizar-se de que exige esforços e capacidade para propor e programar a intervenção.

Portanto, justifica-se a importância de se organizar a assistência aos hipertensos com dislipidemia na ESF 1 do Município José Gonçalves de Minas. Trata-se de um problema prevalente com alta capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. A partir das análises dos prontuários e exames laboratoriais dos pacientes constatou-se que a maioria apresentava níveis séricos elevados de colesterol ou triglicérides,

além disso, verificou-se o baixo nível de informação sobre dislipidemia, também um acompanhamento inadequado pela equipe de saúde.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para alcançar o objetivo proposto a equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais suficientes para fazer um Projeto de Intervenção, com propostas viáveis.

O Projeto de Intervenção (PI) é uma proposta de ação feita pelo profissional para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção básica (CECILIO, 1997). Para fundamentar a elaboração do projeto de intervenção e, em especial, o plano de ação foi aplicado todos os passos do Planejamento Estratégico Situacional- PES, a saber:

Primeiro Passo: Identificação dos problemas.

Na área de abrangência correspondente a nossa Estratégia de Saúde Família Nº 1, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os problemas identificados e considerados “nós críticos” por nossa equipe no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Elevado índice de pacientes hipertensos com fatores do risco associados sem adequado controle, o principal a dislipidemia.
- A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) associada à dislipidemia agravada por hábitos e estilos de vida.
- O baixo nível de informação por parte da população.
- A estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde.
- Alta incidência de verminose.
- Água não tratada e sem redes de esgoto adequadas o que aumenta o número de doenças infecciosas transmitidas por esta via.
- Número elevado de pacientes fumantes.
- Número elevado de alcoólatras.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas.

Para dar prioridade a nossos problemas usaremos os seguintes itens:

- Importância.
- Urgência do problema.
- Viabilidade do problema.
- Capacidade de enfrentamento pela equipe.
- Recursos necessários para resolver o problema.

Foi realizada uma distribuição por pontos dos itens anteriores da maneira a estabelecer uma prioridade destes problemas. No quadro 4 apresenta-se esta distribuição.

Quadro 4 - Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF 1.

PROBLEMAS	Importância			Urgência		Viabilidade		Enfrentamento			Recursos			Total
	B	A	M	SI	NO	SI	NO	A	M	B	A	M	B	
1. Elevada quantidade de pacientes hipertensos com dislipidemia como fator do risco associado sem adequado controle.	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-	3	-	-	13
2. Alta incidência de verminose	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-	-	2	-	12
3. Água não tratada e sem redes adequadas o que aumenta o número de doenças infecciosas transmitidas por esta via.	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	8
4. Número elevado de pacientes fumadores	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	8
5. Número elevado de pacientes alcoólatras.	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	7

LEGENDA: Importância: Alta= 3 Pontos Media= 2 pontos Baixa= 1 ponto Nulo=0

- Urgência: SI= 2 Pontos NO= 1 ponto
- Viabilidade: SI= 2 Pontos NO= 1 ponto
- Enfrentamento: Alta= 3 Pontos Media= 2 pontos Baixa= 1 ponto Nulo=0
- Recursos: Alta= 3 Pontos Media= 2 pontos Baixa= 1 ponto Nulo=0

Assim, o problema selecionado pela alta incidência e possibilidade de enfrentamento foi a elevada quantidade de pacientes hipertensos com dislipidemia como fator do risco associado sem adequado controle.

Terceiro Passo: Descrição do problema.

Neste passo foi realizada a descrição do problema selecionado. A hipertensão é uma doença crônica que afeta a 301 pessoas na área do PSF Nº 1 do município José Gonçalves de Minas. Em consultas clínicas a partir de exames laboratoriais e das análises de prontuários verificou-se que significativa parcela de hipertensos apresentava dislipidemia.

Quarto Passo: Explicação do problema.

Neste passo buscou-se a gênese do problema que elegemos como prioritário: Dislipidemia em hipertensos a partir da identificação de suas causas.

- Foram destacadas as causas relacionadas com os pacientes: hipertensos que não assistem a consultas de demanda programadas na UBS por a longa distância e a pouca acessibilidade aos serviços de saúde, evolução assintomática de sua doença de base, inclui-se além do sedentarismo, condições financeiras que se refletem em hábitos alimentares inadequados, baixo nível de informação quanto aos riscos da dislipidemia.
- Causas relacionadas aos fatores estruturais: desinformação dos profissionais em quanto a melhor forma de abordar a os pacientes hipertensos com dislipidemia.
- Problemas relacionados ao processo de trabalho como: falta de organização na agenda para o melhor atendimento destes pacientes, gerando filas o que dificulta o acesso do paciente à unidade, demora na realização de exames laboratoriais devido a numero insuficientes de cotas para exames. Manutenção de um sistema de saúde que se privilegia o atendimento a demanda espontânea em detrimento a demanda programada.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos.

Depois da análise com a equipe podemos dizer que os “nós críticos” deste problema priorizado se associam às seguintes condições:

- Baixo nível de informação.
- Pouco conhecimento dos fatores do risco associados a HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.

Sexto passo: desenho das operações.

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, foi necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. São objetivos desse passo: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

O plano de ação é composto de operações que são conjuntos de ações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (os “nós críticos”) do problema selecionado. Recursos necessários: econômicos (também denominados financeiros); organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.); cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados); de poder (também denominados recursos políticos).

Quadro 5 - Desenho de operações para os nó críticos dislipidemia em hipertensos na ESF 1.

No critico	Hábitos e estilos da vida inadequados nos pacientes hipertensos com dislipidemia
	Baixo nível de informação sobre dislipidemia em pacientes hipertensos
	Estrutura dos serviços de saúde
Operação/ Projeto	Mais saúde: modificar estilos de vida dos pacientes hipertensos com dislipidemia
	Aumentar o nível de informação sobre os riscos cardiovascular em pacientes hipertensos com dislipidemia
	Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento de portadores de risco cardiovascular aumentado
Resultados esperados	Diminuir o sedentarismo nos hipertensos com dislipidemia e redução 20% dos obesos
	População mais informada sobre risco cardiovascular
	Adequação da oferta de consulta à demanda, exames e medicamentos definidos nos protocolos, considerando a meta de 80% de cobertura.
Produtos	Programa de campanha educativa na radio social Programa saudável: caminhada orientada.
	Avaliação do nível de informação da população de risco Campanha educativa na radio local, Programa de saúde escolar; capacitação dos ACS e cuidadores
	Capacitação do pessoal: Contratação de compras de exames, consultas especializadas, compras de medicamentos.
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social Secretario de saúde
	Secretario de saúde
	Secretário de saúde Motivação Favorável
Recursos necessários	Econômicos (financeiros); Recursos audiovisuais; folhetos educativos; Organizacionais (referente à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.) caminhadas; Cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) estratégias de informação; De poder (recursos políticos) conseguir o local, mobilização social
	Cognitivo: aumentar o conhecimento de estratégias de Comunicação Organizacional; organização da agenda Político: mais articulação intersectorial (parceria com o setor educacional) e mobilização social
	Político: mais decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiro Aumento de ofertas de exames e consultas Cognitivo: Elaboração mais adequada da agenda de atendimento.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas. O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos necessários para o plano de ação.

Operação/Projeto	Recursos críticos necessários
Mais saúde: modificar estilos de vida dos pacientes hipertensos com dislipidemia	Econômicos (financeiros) Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Organizacionais (referente à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.),caminhadas Cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) Estratégias de informação; De poder (recursos políticos) Conseguir o local, mobilização social
Aumentar o nível de informação sobre os riscos cardiovascular em pacientes hipertensos com dislipidemia.	Cognitivo Aumentar o conhecimento de estratégias de comunicação Organizacional Organização da agenda Político mais articulação intersetorial. (parceria com o setor educacional) e mobilização social
Organizar a estrutura do serviço de saúde para melhorar o atendimento de pacientes hipertensos com dislipidemia através da programação da agenda para atendimento da demanda programada e busca ativa destes pacientes.	Organizacional: Organizar o atendimento destes pacientes e o retorno a agenda da equipe. Facilitar o acompanhamento.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Quadro 7 - Análise de viabilidade do plano.

Operação/ Projeto	Atores que controlam	Recursos necessários	Motivação	Ações estratégicas
Mais saúde : modificar estilos de vida dos pacientes hipertensos com dislipidemia	Equipe de ESF	Econômicos (financeiros): Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Organizacionais: (referente à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.), caminhadas Cognitivos: (conhecimentos disponíveis e acumulados) Estratégias de informação; de poder (recursos políticos). Conseguir o local, mobilização social.	Favorável	Não e necessário
Aumentar o nível de informação dos pacientes hipertensos com dislipidemia	Equipe de ESF	Cognitivo: Aumentar o conhecimento de estratégias de comunicação Organizacional: organização da agenda Político: mais articulação intersetorial (parceria com o setor educacional) e mobilização social	Favorável	Apresentar o projeto na Secretaria Municipal de Saúde junto a coordenação da atenção primaria para a aquisição de copias dos folhetos educativos
Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento de pacientes hipertensos com dislipidemia	Equipe de ESF	Político: Mas decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiro: Mais aumento de ofertas de exames e consultas Cognitivo: Elaboração mais adequada	Favorável	Não e necessário

Nono passo: elaboração do plano operativo.

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. O papel principal é garantir que as ações sejam executada de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto, nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano.

Quadro 8 - Plano operativo.

Operação/ Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais saúde Modificar estilos de vida dos pacientes hipertensos com dislipidemia	Diminuir o sedentarismo nos hipertensos com dislipidemia e redução 20% dos obesos	Programa de campanha educativa na radio social Programa saudável Programa de caminhada orientada		Equipe da ESF	Início das ativida des em 30 dias
Aumentar o nível de informação dos pacientes hipertensos com dislipidemia	População mais informada sobre risco cardiovascular	Avaliação do nível de informação da população risco Campanha educativa na radio local Programa de saúde escolar; capacitação dos ACS e cuidadores.	Apresentar o projeto na Secretaria Municipal de Saúde junto a coordenação da atenção primaria para a aquisição de copias dos folhetos educativos	Equipe da ESF	De agosto a outubr o de 2014
Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento dos pacientes hipertensos com dislipidemia	Adequação da oferta de consulta a demanda, maior qualidade no atendimento a estes usuários a partir de consultas programada, agilização da realização de exames para o seguimento e	Capacitação do pessoal Contratação de compras de exames, consultas especializadas, compras de medica mentos			Organi zar agend a: de agosto a outubr o de 2014

	marcação de consultas, agenda organizada, exames e medicamentos definidos nos protocolos, considerando a meta de 80% de cobertura				
--	---	--	--	--	--

Décimo passo: gestão do plano.

A finalidade deste passo é desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias.

Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão.

Quadro 9 - Acompanhamento do plano de ação.

Operação/ Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situa ção atual	Justificativa	Nov o pra zo
Elaborar agenda programada	Programação mensal		Agosto 2014			
Mais saúde Modificar estilos de vida dos pacientes hipertensos com dislipidemia	Programa de campanha educativa na radio social Programa saudável Programa de caminhada orientada	Equipe da ESF	Início das atividades em 30 dias			

Aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre dislipidemia	Panfletos educativos Grupos operativos implantados	Equipe da ESF	Agosto a setembro de 2014			
Apresentação do projeto a Secretaria de Saúde		Médica				
Implantar busca ativa de hipertensos	Busca ativa implantada	Enfermeira	Agosto a setembro de 2014			
Implantar grupos de caminhadas orientadas	Grupo de caminhada implantada	Médica e enfermeira	Agosto a outubro de 2014			

Depois de implementado o plano de ação serão realizadas avaliações trimestrais, através da análise da agenda a fim de avaliar se a cobertura de atendimento de consultas programadas a hipertensos foi aumentada; indicadores como frequência e assiduidade das caminhadas orientadas também podem ser utilizadas para avaliar a efetividade do plano, a partir das reuniões dos grupos operativos ou de consultas clínicas, pode-se inferir se que os pacientes estão mais informados sobre dislipidemia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O embasamento das disciplinas realizadas no curso de especialização contribuiu para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários da Estratégia de Saúde Familiar 1 do Município Jose Gonçalves de Minas.

Observou-se que nossa área segue o quadro sanitário brasileiro, apresentando como problema de saúde relevante uma alta prevalência de hipertensos associados com dislipidemia como fator de risco fundamental, com risco cardiovascular aumentado e suas consequências e que necessita realizar ações para o controle.

Por considerar a dislipidemia um fator modificável que eleva o risco cardiovascular em hipertensos, o presente projeto tem como missão propor um plano de ação permanente para redução dos níveis lipídicos nestes indivíduos através da modificação dos estilos de vida e a adquirir conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para lograr o proposto.

O maior desafio para os profissionais da saúde de nossa unidade consiste em ensinar e educar as pessoas para que as mudanças comportamentais aconteçam e se mantenham ao longo da maior parte da trajetória da doença e da vida. O plano desenvolvido permitirá a diminuição de complicações, agravamentos e óbitos por causa destas doenças.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 35,58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem: (Princípios e diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf. Acesso em: 12 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. 2014** Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2014. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

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

HUBERT, H.B; FEINLEIB, M.; McNAMARA, P. M.; CASTELLI, W. P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham heart study. **Circulation**. 67, n. 5, p. 968-977, 1983.

HUNTER, G. R. *et al.* Fat distribution, physical activity, and cardiovascular risk factors. **Med Sci Sports Exerc**. v.29, n.3, p. 362-369, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Município de José Gonçalves de Minas. 2013. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.phplang>

NUNES, F.;STAMM, A. M.; MODESTO, S. N.; MARASCULIO, A. C.Hipertensão, indicadores de obesidade e dislipidemia,2008 www.moreirajr.com.br/revistas.asp?

=r003&id_materia=3919 de AMN de Faria Stamm Artigos relacionados. Disponível em [www. diabetes. org.br](http://www.diabetes.org.br). Acessado em 21 de maio de 2013.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. **Arq Bras Cardiol.** v. 88 suppl.1. São Paulo, 2007.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq Bras Cardiol.** V. 82 Supl, p. 4:7-22, 2004.

LOPES, H. F. Hipertensão Arterial e Síndrome Metabólica: Além da Associação. **Rev Soc Cardiol.** v. 1, p. 64 -77, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOSE GONÇALVES DE MINAS. Relatório de gestão de 2013.

STAMM, A. M. N. F. *et al.* Hipertensão, indicadores de obesidade e dislipidemia: um estudo de caso-controle, 2008. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3919> Acesso em: 21 de Maio de 2006

PAZ, A. A. M. *et al.* Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>.

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C. Di.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 183p.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Disponível em: www.diabetes.org.br. Acesso em: 21 de maio de 2006.