

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

ELISA ESPINOSA PEÑALVER

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A DISLIPIDEMIA EM
PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE FRANCISCO DE ASSIS,
BRASILEIA, ACRE**

RIO BRANCO - ACRE

2018

ELISA ESPINOSA PEÑALVER

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A DISLIPIDEMIA EM
PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE FRANCISCO DE ASSIS,
BRASILEIA, ACRE**

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.

Orientador: Professora Nayara Ragi Baldoni

RIO BRANCO - ACRE

2018

ELISA ESPINOSA PEÑALVER

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A DISLIPIDEMIA EM
PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE FRANCISCO DE ASSIS,
BRASILEIA, ACRE**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora. Nayara Ragi Baldoni – Faculdade de Medicina de
Ribeirão preto (FMRP-USP)

Examinador 2 - Professora. - Alba Otoni- Universidade Federal de São João
del-Rei

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de outubro de 2018

DEDICATÓRIA

A minha família: força motriz de todos os meus trabalhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Rodrigo Pinheiro pela sua ajuda e a meus colegas Drs. Acelia Nunez e Dr. Herling Hernandez por contribuir com este trabalho.

A única maneira de preservar a saúde, é comer o que você não quer comer, beber do que não gosta e fazer o que preferiria não fazer.

Mark Twain.

RESUMO

Foi realizado um diagnóstico situacional na unidade de saúde da família Francisco de Assis, no município de Brasileia, Acre. O principal problema levantado pela equipe de saúde foi a dislipidemia. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi propor um plano de intervenção para prevenir e controlar a dislipidemia dos usuários da unidade de saúde Francisco de Assis. Portanto, foram selecionados três nós críticos relacionados a esta morbidade e *a posteriori* três projetos. Sendo os nós críticos selecionados: primeiro, maus hábitos alimentares, para este nó crítico elaborou-se o projeto “Empoderando”. O segundo nó crítico, sedentarismo, elaborou-se o projeto “Exercitar” e para o terceiro nó crítico, inadequado nível de informação sobre o tema, o projeto elaborado foi “Aprendendo a cuidar da saúde”. Para elaboração dos projetos seguiu-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para um melhor conhecimento sobre o assunto realizou-se uma revisão narrativa nas bases de dados eletrônicas como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), utilizando os descritores em ciência da saúde (DeSC). Espera-se que com a implementação desses projetos se alcance um melhor controle e prevenção da dislipidemia.

Palavras-chave: Dislipidemias. Estilo de vida. Doença Crônica Não Transmissível.

ABSTRAC

A situational diagnosis was made at the Francisco de Assis family health unit, in the city of Brasileia, Acre. The main problem raised by the health team was dyslipidemia. Therefore, the objective of this study is to propose an intervention plan to prevent and control the dyslipidemia of the users of the Francisco de Assis health unit. Therefore, we selected three critical nodes related to this morbidity and a posteriori three projects. Being the critical nodes selected: first, bad eating habits, for this critical node was elaborated the project "Empowering". The second critical node, sedentarism, was the project "Exercise" and for the third critical node, inadequate level of information on the theme, the project elaborated was "Learning to take care of health". For the elaboration of the projects, the Strategic Situational Planning (PES) method was followed. For a better knowledge on the subject, a narrative review was carried out in electronic databases such as Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LiLACS), using descriptors in health science (DeSC). It is hoped that with the implementation of these projects, a better control and prevention of dyslipidemia will be achieved.

Keywords: Dyslipidemias. Lifestyle. Chroic Non Communicable Disease.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CT | Colesterol total |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DM | Diabetes <i>Melitus</i> |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HDL-c | <i>High DensityLipoproteins</i> |
| LDL-c | <i>LowDensityLipoproteins</i> |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| TG | Triglicérides |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1:** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Francisco de Assis, Unidade Básica de Saúde Francisco de Assis, município de Brasileia, estado de Acre..... 16
- Quadro 2:** Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Número elevado de pessoas com dislipidemia”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, do município Brasileia, estado de Acre..... 24
- Quadro 3:** Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Número elevado de pessoas com dislipidemia”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, do município Brasileia, estado de Acre..... 25
- Quadro 4:** Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Número elevado de pessoas com dislipidemia”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, do município Brasileia, estado de Acre..... 26

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Breves informações sobre o município Brasileia..... | 12 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde..... | 13 |
| 1.3 A Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, seu território e sua população..... | 13 |
| 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade..... | 14 |
| 1.5 Priorização dos problemas..... | 15 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 17 |
| 3. OBJETIVO | 18 |
| 3.1 Objetivo geral | 18 |
| 4 MÉTODO | 19 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 20 |
| 5.1 Dislipidemias..... | 20 |
| 5.2 Atenção Primária à Saúde..... | 21 |
| 5.3 Estilo de vida..... | 22 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 23 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado..... | 23 |
| 6.2 Explicação do problema..... | 23 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos..... | 23 |
| 6.5 Desenho das operações..... | 24 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 27 |
| REFERÊNCIAS | 28 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Brasileia

Brasileia é um município brasileiro localizado no sul do estado do Acre. Sua população estimada em 2010 foi de 21.398 habitantes com uma densidade de 5,46 hab/km² em 2017 a população passou para 24.765 habitantes. O município apresenta uma área territorial de 3.916,502 km². Localizado a 237 km ao sul de Rio Branco, na fronteira com a Bolívia, tem limites com os municípios de Epitaciolândia, Assis Brasil, Sena Madureira e Xapuri. A atual prefeita da cidade é a Fernanda de Souza Hassem Cesar e o gentílico de Brasileia é *brasileense* (IBGE, 2018; BRASILEIA, 2018).

Quanto ao panorama de renda da população, o salário médio mensal dos trabalhadores formais em 2016 era 1,6 salários mínimos. Pessoal ocupado em 2016 era de 2.373 pessoas o que representava apenas 9,8% da população. Já o percentual da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até ½ salário mínimo em 2010 era de 45%. O Produto Interno Bruto (PIB) do município em 2015 foi de 16.179,31 R\$ (IBGE, 2018). Ao analisar a taxa de escolarização de 6 a 14 anos em 2010 observa-se uma taxa baixa, 90,2%. O município em 2015 contava com 66 escolas de ensino fundamental e duas escolas de ensino médio. Quanto a saúde a taxa de mortalidade infantil em 2014 foi de 14,63 óbitos por mil nascidos vivos. As internações diarreicas foi 0,6 internações por mil habitantes em 2016 (IBGE, 2018).

Os pontos turísticos que são destaque no município são Parque Centenário, Mirante do Rio Acre, Ponte Binacional Wilson Pinheiro, Praça Hugo Poli, Balneário Jarinal, Balneário Kumarurama e Pousada Vila Brasília. Sobre o histórico de Brasileia sabe-se que habitavam as terras do município as tribos catianas e maintenecas. A primeira penetração de civilizados ocorreu por volta de 1879, com a chegada de imigrantes nordestinos, fugitivos das inclemências climáticas do Nordeste e ávidos de se entregarem ao mister da extração de borracha (BRASILEIRA, 2018).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

O Sistema Municipal de Saúde conta com uma Secretaria Municipal de Saúde um Centro de Vigilância Epidemiológica, Serviços de Farmácia Municipal, nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) com as Equipes de Saúde da Família correspondente (ESF), sendo, sete unidades localizado na zona urbana e as demais na zona rural. O município possui o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Quando há necessidade de encaminhamento para outras especialidades os pacientes são encaminhados para a Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDH-ACRE), localizado na capital do Estado. O município tem um Hospital de referência, Raimundo Char, onde se presta serviços de urgência e emergência, entretanto, os recursos são escassos para se realizar atendimentos de qualidade. Com relação ao serviço de referência e contra referência este é considerado um problema porque não é efetivo no município.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, seu território e sua população

A Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis conta com uma população de 3.130 pessoas cadastradas, sendo que, 1.813 correspondem ao sexo feminino e 1.317 masculino, menores de quinze anos 1.261 e maiores de 60 anos 363, predominando a população jovem. O território é dividido em cinco bairros sendo eles: El Dourado, Sumaúma, Leonardo Barbosa, Alberto Castro e vinte oito de maio. Cada bairro representa uma micro área.

A equipe possui três enfermeiras, uma delas é a nossa coordenadora. Além das três enfermeiras a equipe tem um cirurgião dentista e um assistente bucal, seis agentes comunitárias de saúde (ACS), e uma médica geral. O Núcleo Ampliado de Saúde da

Família da Atenção Básica, (NASF-AB) é composto por uma psicóloga, uma fisioterapia, um nutricionista e um assistente social.

A Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis faz duas reuniões de equipe por mês, para fazer o matriciamento de alguns indivíduos e discutir problemas da equipe.

As consultas médicas são realizadas das 07h:00min até as 12h:00min de segunda-feira a sexta-feira. São realizadas visitas domiciliares nas segunda-feira, terça-feira, e quinta-feira no período da tarde. Na quarta-feira e sexta-feira no período da tarde realiza-se atividades de educação continuada. O horário de funcionamento da unidade é 07h:00min as 12:00min no período da manhã e das 02h:00min às 17h:00min no período da tarde.

Atividades educativas, como por exemplo, palestras, vídeos, com diferentes temas de saúde direcionados a promoção e prevenção de saúde são realizados enquanto o usuário está aguardo consulta. A unidade de saúde possui uma boa estrutura física para atender a população. Na unidade tem uma sala de recepção, as salas de vacina, curativos, preventivo, as salas de consulta de odontologia, uma despensa, uma área para reuniões, uma sala de computação, e algumas salas são direcionadas aos profissionais do NASF-AB.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os problemas de saúde na comunidade foram identificados através do método de estimativa rápida. Buscou-se dados de fontes disponíveis como, prontuários, foi realizado entrevistas com líderes da comunidade e funcionários com mais tempo na área, e a observação ativa, o que permitiu identificar os principais problemas, sendo eles: elevado número de infecções respiratórias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), doenças diarreicas agudas, doenças dermatológicas e dislipidemias. Estes problemas foram priorizados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Apesar da importância do elevado número de infecções respiratórias este problema foi avaliado como baixa importância porque não causa mortalidade, além disso, ocorre em uma temporada do ano e não precisa de medicamentos caros para o tratamento. O sub registro do número de pacientes com HAS e com DM, tem uma importância, pois, estas doenças trazem complicações, mas frente a realidade do município este problema tem uma importância média. Quanto ao alto índice de doenças diarreicas agudas e o elevado número de doenças dermatológicas também foram consideradas com importância média. Por fim, o problema de caso de dislipidemias, é de grande relevância clínica, pois são alterações que levam o indivíduo a desencadear a síndrome metabólica, suas complicações podem levar a morte, o tratamento é caro, além disso, causa elevado número de internações hospitalares.

1.5 Priorização dos problemas

Diante de todos os problemas descritos acima, a equipe de saúde decidiu priorizar a alta prevalência de dislipidemias, que constitui um problema urgente que eleva a morbimortalidade, e complica outras doenças crônicas como a HAS e o DM (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Francisco Assis, município de Brasileia, estado do Acre.

| Unidade Básica de Saúde Francisco Assis | | | | |
|--|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Brasileia-AC | | | | |
| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
| Alta prevalência de dislipidemia | Alta | 9 | Parcial | 1 |
| Número elevado de pessoas com diabetes <i>mellitus</i> | Media | 8 | Parcial | 3 |
| Número elevado de pessoas com Hipertensão Arterial | Media | 5 | Parcial | 2 |
| Número elevado de pessoas com doenças diarreicas | Média | 4 | Total | 5 |
| Número elevado de pessoas com doenças dermatológicas | Media | 4 | Parcial | 4 |

Fonte: Própria autoria (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

Na área de abrangência que corresponde à Estratégia de Saúde da Família Francisco de Assis foram encontrados numerosos casos de usuários com Dislipidemia, uma doença que traz inúmeras implicações na saúde das pessoas, e que tem uma alta relação com as doenças DCNT.

As dislipidemias são consideradas também fatores de risco para a doença aterosclerótica e seu controle poderá reduzir a morbidade hospitalar e a mortalidade por doença arterial coronariana (PEREIRA et al., 2015). Diante disso, traçar um plano de ação para o controle dessa morbidade traz benefícios para o serviço de saúde e para o usuário.

O cenário epidemiológico do município de Brasileia apresenta características similares, com o que acontece no mundo e Brasil, com relação as dislipidemias que causam mortes por doenças cardiovasculares, infarto agudo do miocárdio além do descontrole da DM e HAS, o qual faz que esse problema seja identificado como prioritário no município de Brasileia.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção para prevenir e controlar a dislipidemia dos usuários da unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia, Acre.

4. MÉTODO

Para obter os dados do perfil de morbidades da população adscrita da unidade de saúde utilizou-se o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), além de registros da nossa unidade e entrevistas a informantes chaves e observação ativa da área. A partir das informações coletadas foi possível fazer o diagnóstico situacional. Utilizou-se do método de estimativa rápida para determinar o problema prioritário, os nós críticos que envolve o problema prioritário, em seguida estabeleceu um plano de intervenção para solucionar o problema. Para a coleta e análise dos dados utilizou-se o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS FARIA; SANTOS, 2010).

Posteriormente à identificação do principal problema fez-se uma revisão narrativa sobre o problema priorizado, para isso, utilizou-se bases de dados eletrônicas como *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), utilizando os descritores em ciência da saúde (DeSC): Dislipidemias, Atenção Primária à Saúde e Estilo de vida.

Para fazer um projeto de intervenção com os usuários que possuem dislipidemias, inicialmente identificou-se esse grupo de pessoas. Isso foi possível através de exames bioquímicos para conhecer os níveis sanguíneos de colesterol e triglicérides. Após a identificação desenhou-se o plano de ação que foi avaliado pela equipe de saúde Francisco de Assis.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Dislipidemia

A dislipidemia ocorre devido a alterações metabólicas de lipoproteínas. Há elevadas concentrações séricas de colesterol total (CT), lipoproteína de baixa densidade, *Low Density Lipoproteins* (LDL-c) e triglicerídeos (TG), bem como baixas concentrações séricas de lipoproteína de alta densidade, *High Density Lipoproteins* (HDL-c) (XAVIER et al., 2013). Os valores de referência para o diagnóstico da dislipidemia estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Valores referência do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos

| Lípidios | Valores (mg/dl) | Categoria |
|--------------------|-----------------|------------|
| Colesterol Total | < 200 | Desejável |
| | 200-239 | Limítrofe |
| | ≥240 | Alto |
| LDL-c | <100 | Ótimo |
| | 100-129 | Desejável |
| | 130-159 | Limítrofe |
| | 160-189 | Alto |
| | ≥190 | Muito alto |
| HDL-c | > 60 | Desejável |
| | < 40 | Baixo |
| Triglicérides | < 150 | Desejável |
| | 150-200 | Limítrofe |
| | 200-499 | Alto |
| | ≥ 500 | Muito alto |
| Colesterol não-HDL | < 130 | Ótimo |
| | 130-159 | Desejável |
| | 160-189 | Alto |
| | ≥ 190 | Muito alto |

Fonte: V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2013.

São considerados fatores de risco, os fatores genéticos, excesso de peso, comportamento sedentário e alimentação inadequada podem contribuir para o

surgimento de dislipidemias na infância (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

O tratamento da dislipidemia se dá por meio de tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Quanto ao tratamento medicamentoso sabe-se que nas últimas duas décadas, avanços notáveis foram obtidos com o desenvolvimento de hipolipemiantes para redução da hipercolesterolemia, especialmente do LDL-C. Já o tratamento não medicamentoso das é através da terapia nutricional e mudanças de estilo de vida (XAVIER et al., 2013).

Um estudo realizado nas capitais dos estados da Região Centro-Oeste do Brasil, estimou a prevalência de dislipidemia em adultos e encontrou uma prevalência de 15% (PEREIRA et al., 2015). Esta alta prevalência também é observada em adolescentes brasileiros, como descrito em um estudo multicêntrico realizado por Kaestner e colaboradores (2018) no qual foram avaliados 38.069 adolescentes de 12 a 17 anos e encontrou que 1 em cada 200 adolescentes possuem Hipercolesterolemia familiar.

Diante desse cenário epidemiológico, é necessário um serviço de saúde preparado para enfrentar esta morbidade. Para isso, a atuação da atenção primária à saúde neste contexto torna-se protagonista, para atuar na promoção, prevenção e controle da dislipidemia e de outras morbidades.

5.2 Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação, no âmbito individual e coletivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Evidência sobre a efetividade da APS para controle de dislipidemias são presentes na literatura. Como relatado no estudo de Xavier e colaboradores (2008) na qual o maior tempo de adesão na APS mostrou-se eficiente na redução do risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.

Sabe que APS, possui uma grande relevância no combate das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), pois, deve ser 85% resolutiva no que se refere aos problemas de saúde, sendo assim, as DCNT, podem ser evitadas e tratadas na APS. Ressalta-se, portanto, a necessidade implantação de programas que priorizem a adoção de estilos de vida saudáveis que sejam acessíveis à toda a população adscrita (SILVA et al., 2014). Como se sabe a promoção e prevenção são atividades que demandam menor recurso financeiro para o serviço público de saúde quando se comparado com o tratamento e reabilitação (GUIDONI et al., 2009; TURI et al., 2017).

5.3 Estilo de vida

Sabe-se que o estilo de vida não saudável é precursor de várias morbidades, dentre elas a dislipidemias. Como é um fator risco considerado modificável, deve ser incentivado pelos profissionais da saúde. As mudanças de comportamento, principalmente em relação a alimentação podem ser alcançadas por meio de programas educativos (BUSS; FILHO 2007).Silva e colaboradores (2003) destaca que as principais condições limitantes de estilo de vida é o ambiente social e a situação socioeconômica.

O Estilo de vida da população brasileira foi avaliado na Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, através dessa pesquisa verificou-se elevadas prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos. Apenas a prevalência de fumantes que apresentou declínio (MALTA et al., 2015).Diante desses resultados ressalta-se a importância de implementação de estratégias efetivas de promoção da saúde e de planejamento das intervenções.

Para isso, tem-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a qual o seu foco são os condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença (BRASIL 2014a). Algumas propostas já são implementadas, tais como: Academia da Saúde a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira,

talvez o que falta é um maior engajamento pela equipe de saúde colocar as propostas em ação (BRASIL, 2014b)

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de dislipidemia”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos(CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

6.2 Explicação do problema selecionado

A partir dos prontuários clínicos, foi possível fazer o levantamento dos pacientes com dislipidemias 22% (n=688), a partir da alta prevalência optou-se priorizar por este problema. Além da alta prevalência, observou-se que na comunidade possui vários fatores de risco para o aumento das dislipidemias, dentre eles, se destaca os maus hábitos alimentares e a falta de informação sobre esta morbidade.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados três nós críticos:

1. Maus hábitos alimentares
2. Sedentarismo
3. Inadequado nível de informação sobre o tema

Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de dislipidemia”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, do município Brasileia, estado de Acre.

| | |
|--|---|
| Nó crítico 1 | Maus hábitos alimentares |
| Operação (operações) | Identificação precoce das pessoas com mal hábitos alimentares. |
| Projeto | “Empoderando” |
| Resultados esperados | Aumentar um 50% de pessoas com hábitos alimentares saudável. |
| Produtos esperados | Programa sobre alimentação |
| Recursos necessários | <p>Estrutural: Profissional de nutrição para acompanhar os grupos operativos.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre hábitos alimentar tendo em conta principalmente a Guia alimentar do Brasil e material sobre técnicas educativas.</p> <p>Político: Mobilização social, aprovação de projetos e articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Recursos para a impressão folhetos educativos, folhas.</p> |
| Recursos críticos | <p>Político: Adesão de gestores locais.</p> <p>Financeiro: Para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos</p> |
| Controle dos recursos críticos | Prefeita, Gestores da comunicação, Secretário de Saúde, tem uma motivação favorável. |
| Ações estratégicas | Formar grupos educativos. |
| Prazo | Três meses para o início das atividades |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações | Nutricionista |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | O monitoramento e avaliação das operações se fará no prazo de 4 meses, estabelecendo novos prazos se for preciso. |

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Alta prevalência de dislipidemia”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, do município Brasileira, estado de Acre.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 2 | Sedentarismo |
| Operação (operações) | Estabelecer práticas de identificação precoce de pessoas que não realizam atividades físicas. |
| Projeto | “Exercitar” |
| Resultados esperados | Reduzir um 50% o número de sedentários na comunidade. |
| Produtos esperados | Programas de caminhadas |
| Recursos necessários | Estrutural: Profissional de Educação Física Cognitivo: Informação sobre sedentarismo. Financeiro: Recursos para impressão de folder |
| Recursos críticos | Político: Adesão de gestores locais. Financeiro: Para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos |
| Controle dos recursos críticos | Prefeitura municipal, Secretaria de saúde, Gestores de comunicação, e tem uma motivação favorável. |
| Ações estratégicas | Grupos de caminhadas e grupos de exercícios aeróbicos. |
| Prazo | Três meses para o início das atividades. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações | Educador físico |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | O monitoramento e avaliação das operações se fara no prazo de 2 meses de começado o projeto, estabelecendo novos prazos se for preciso. |

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alta prevalência de dislipidemia”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Francisco de Assis, do município Brasileia, estado de Acre.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 3 | Inadequado nível de informação sobre o tema |
| Operação (operações) | Identificar a população com falta de informação sobre as Dislipidemias. |
| Projeto | “Aprendendo a cuidar da saúde” |
| Resultados esperados | População, mas informada sobre dislipidemias. |
| Produtos esperados | Avaliação sobre o nível de informação da população, capacitação dos ACS, programa escolar, campanha educativa na rádio. |
| Recursos necessários | Cognitivo: Informação sobre Dislipidemias Organizacional: Organização de agenda Político: Articulação Intersetorial |
| Recursos críticos | Político: Articulação intersetorial |
| Controle dos recursos críticos | Secretaria de saúde, Educação. A motivação é favorável. |
| Ações estratégicas | Criação de grupos educativos. |
| Prazo | Início em 3 meses e término em 6 meses. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações | Enfermeiro |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação após 2 meses de começado o projeto, estabelecendo novos prazos se for preciso. |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação desse projeto espera-se aumentar o conhecimento a respeito da dislipidemia, e conseqüentemente, conscientizar a população sobre a importância de estilo de vida saudável, reduzindo assim os principais fatores de risco e um controle adequado dos que já sofrem com esta doença. Para se obter resultados positivos é de grande importância a adesão dos pacientes nas atividades propostas e que equipe trabalhe unida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

BRASILEIA. Prefeitura Municipal de Brasileira. Disponível em: <http://www.brasileia.ac.gov.br>. Acesso em 26 de julho de 2018.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n.1:p.77-93, 2007.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 25/nov/2017.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 26/nov/2017.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Volume 101, Nº 4, Suplemento 1, Outubro 2013.

GUIDONI, C. M; OLIVEIRA, C. M. X; FREITAS, O., et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v.45, n.1., 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/brasileia/panorama>. Acesso em: 26 de julho de 2018.

KAESTNER, T.L; BENTO, V. F; PAZIN, D. C., et al. Prevalence of high cholesterol level suggestive of familial hypercholesterolemia in Brazilian adolescents: Data from the study of cardiovascular risk in adolescents. **J Clin Lipidol**.v.12, n.2; p.403-408, 2018

MALTA, D. C; ANDRADE, S. S C. A; STOPA, S. R., et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 217 Brasília, 24(2): 217-226, 2015.

PEREIRA, L. P; SICHIERI, R. S; SEGRI, N. J., et al. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1815-1824, 2015.

SILVA, M. S; SILVA, N. B; ALVES, A. G. P., et al. Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5: p.1409-1418, 2014

SILVA JR, J.B; GOMES, F.B.C; CEZÁRIO, A.C., et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC. *ArqBrasCardiol*, v. 77(supl III), p. 1–48, 2005.

TURI, C, B. CODOGNO, J. S; SARTI, F. M., et al. Determinantes de gastos ambulatoriais na atenção primária do sistema público de saúde brasileiro. São Paulo **Med. J.** v.135, n.3, 2017.

XAVIER, A. J; REIS, S. S; PAULO, E. M., et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13,n.5;p.1543-1551, 2008.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf> Acesso em 17 agosto 2018.