

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**EVA DE LAS MERCEDES HECHAVARRIA IZQUIERDO**

**PROJETO EDUCATIVO PARA O ENFRENTAMENTO DA  
MORBILIDADE POR DISLIPIDEMIA NO MUNICÍPIO ITAMBACURI,  
MINAS GERAIS.**

**ITAMBACURI /MINAS GERAIS**

**2017**

**EVA DE LAS MERCEDES HECHAVARRIA IZQUIERDO**

**PROJETO EDUCATIVO PARA O ENFRENTAMENTO DA  
MORBILIDADE POR DISLIPIDEMIA NO MUNICÍPIO ITAMBACURI,  
MINAS GERAIS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Dr. Mario Alfredo Silveira Miranzi.

**ITAMBACURI /MINAS GERAIS**

**2017**

**EVA DE LAS MERCEDES HECHAVARRIA IZQUIERDO**

**PROJETO EDUCATIVO PARA O ENFRENTAMENTO DA  
MORBILIDADE POR DISLIPIDEMIA NO MUNICÍPIO ITAMBACURI,  
MINAS GERAIS.**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Mario Alfredo Silveira Miranzi (orientador)**

**Prof. Dra Selme Silqueira de Matos -EEUFMG**

**Aprovada em Belo Horizonte em 13 / 07/ 2017**

## **DEDICATÓRIA**

A minha mãe Sra. Lazara Maribel Izquierdo, minha melhor amiga e companheira que me possibilitou a concretização deste grande passo em minha vida.

A minha filha Angelis de Francis por quem hoje acordo cada dia com mais forças para lutar.

A meu esposo amado Hector Luis pela dedicação, paciência e o amor que me oferece no dia a dia.

A minha família pelo apoio incondicional que sempre me oferece.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus criador do universo por me guiar, me iluminar e me mostrar o melhor caminho a seguir sempre.

Ao meu orientador Mario Alfredo Silveira Miranzi, pela constante ajuda na elaboração do trabalho, por acreditar em mim, pelas orientações que me foram dadas e pela forma gentil com que ele sempre me tratou.

Aos meus pacientes, que me autorizaram a realizar a coleta dos dados.

A todos os que participaram de alguma forma na concretização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade Básicas de Saúde e aos trabalhadores da secretaria municipal de Saúde de Itambacuri pela ajuda prestada em todo momento.

Aos governos de Brasil e Cuba por me permitir viver esta experiência maravilhosa a lado do povo brasileiro.

``Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias``

***Paulo Freire***

## RESUMO

Considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis, a Dislipidemia, representa um importante problema da saúde pública. É também o principal fator de risco para complicações comuns como: Aterosclerose, Acidente Vascular Cerebral e Doenças Cardiovasculares. Por ser na maior parte do seu assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado. Somada à baixa taxa de adesão ao tratamento medicamentoso exige esforços para ampliar as ações de prevenção e controle. As mudanças de estilo de vida também são fundamentais na prevenção e no processo terapêutico.

Os fatores de risco, complicações decorrentes do aumento colesterol e os triglicérides, a demanda de pacientes na Unidade Básica de Saúde, óbitos por doenças cardiovasculares, internações e pouca adesão ao tratamento, justificam a escolha do tema desse trabalho, cujo objetivo é desenvolver ações educativas para o fortalecimento do autocuidado e adesão ao tratamento para usuários portadores de Dislipidemia na população acompanhada pela equipe de saúde, com a execução de ações resolutivas e pertinentes diante este projeto de intervenção para a redução e controle da doença e patologias relacionadas. O projeto teve uma duração de 16 semanas onde foram desenvolvidas diferentes atividades educativas, palestras, audiências sanitárias e abordagens educativas individuais. A metodologia utilizada foi do tipo participativa demonstrativa por meios audiovisuais. Ao concluir este trabalho, evidenciou-se a eficácia da intervenção educativa, para a identificação precoce de pacientes com Dislipidemia, incrementar o nível de conhecimento da população e o controle de agravos.

**Palavras chaves:** Dislipidemias, Fatores de risco, Saúde pública.

## **ABSTRACT**

The health status of the population is characterized by a high prevalence of chronic diseases, dominating the epidemiological situation of the country, where the Dyslipidemia is a serious public health problem because of its magnitude, representing a high morbidity and mortality, high cost economic, and the main risk factor for complications such as brain vascular accidents, heart disease, peripheral arteries and chronic renal failure, and these complications arising, and the leading cause of death in Brazil. In primary health care (PHC) contact is a high prevalence and low rates of control because need is greatest health actions aimed at raising awareness of the population about the disease. The objective of this project is to develop an intervention project to increase the control of the Dyslipidemia in the area covered by the family health unit "Living Healthy" in the municipality Itambacuri, Minas Gerais. The methodology is based on the method of Situational Strategic Planning (PES), running the situational diagnosis, the literature review on the topic and the preparation of the proposed action plan for monitoring in health actions to control increasing Hyperlipemy in the catchment area. Several health actions will be developed aimed, first, to measure the level of knowledge of the patients about their illness, health hearings aimed to raise this knowledge and then through home visits and medical consultations, evaluate it and control. This project will contribute to improving the quality of life of patients living with Dyslipidemia, by acquiring greater knowledge of their disease, facilitating an adequate control and stimulating making changes in your mood and lifestyles.

**Keywords:** Dyslipidemias, Risks Factors, Public Health.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** População – Perfil demográfico da população estimada dos 2015, por gêneros e faixas etárias do município Itambacuri, MG.....**13**
- Tabela 2-** Território do PSF Viver Com Saúde, Itambacuri, MG, segundo número de famílias e habitantes por áreas..... **17**
- Tabela 3-** Caracterização da população cadastrada do PSF Viver Com Saúde durante ano 2016, município de Itambacuri, MG, segundo idade e gênero.....**17**
- Tabela 4 -** Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri, MG. 2016.....**26**
- Tabela 5-** Descritores do problema selecionado no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri, MG.2016.....**27**
- Tabela 6-** Desenho das operações para os nós críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri. MG. 2016.....**29**
- Tabela 7-** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nos críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri. MG. 2016.....**32**

**Tabela 8** - Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri, MG.

2016.....**34**

**Tabela 9:** Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri, MG.

2016.....**36**

**Tabela 10.** Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de pacientes com Dislipidemias na UBS Viver Com Saúde, Itambacuri, MG,

2016.....**38**

**Anexo Figura 1** - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde.

2016.....**50**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente comunitário de Saúde.

APS- Atenção Primária de Saúde.

AVC-Acidente Vascular Encefálico.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

DM- Diabetes Mellitus.

DCV - Doenças Cardiovasculares.

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis.

EBS- Equipe Básica de Saúde.

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

IMC - Índice de Massa Corporal

INFOMED- Sistema informação de Ciências Médicas de Cuba.

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

MG- Minas Gerais.

NESCON-Biblioteca virtual.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

PA - Pronto Atendimento.

PA-Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional.

PIB-Produto Interno Bruto.

PSF- Programa de Saúde da Família.

SAMU- Serviço De Atendimento Móvel de Urgência.

SUS- Sistema Único de Saúde.

SCIELO - Scientific Electronic Library Online.

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica.

SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1.    Histórico de Criação do Município e formação administrativa	
1.2.    Aspectos geográficos e socioeconômicos.....	14
1.3.    Aspectos Demográficos.....	15
1.4.    Sistema Local de Saúde.....	17
1.5.    Território/área de abrangência do PSF Viver Com Saúde.....	18
1.6.    Recursos da Comunidade.....	19
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
5.1 Revisão de literatura.....	24
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>25</b>
6.1.1 Identificação dos problemas.....	27
6.1.2 Priorização dos problemas.....	28
6.1.3 Descrição do problema.....	30
6.1.4 Explicação do problema.....	31
6.1.5 Identificação dos nos criticos.....	32
6.1.6 Desenho das operações.....	33
6.1.7 Identificação dos recursos críticos.....	36
6.1.8 Análise de viabilidade.....	37
6.1.9 Elaboração do plano operativo.....	40
6.1.10 Gestão do plano.....	43
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>8 REFERENCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estado de saúde na população brasileira está caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dominando o quadro epidemiológico do país, onde a Dislipidemia ou Hiperlipidemia (termos utilizados para a mesma doença), representa um problema de saúde pública por sua magnitude, ocasionando uma alta morbidade e dificuldade de controle (AMER 2011).

No Brasil, entre 1975 e 2009, o sobrepeso, caracterizado por Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> em homens e mulheres entre 20 e 59 anos, aumentou, respectivamente, de 18,5 para 50,1% e de 28,7 para 48%, enquanto a prevalência de obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), na população adulta, aumentou de 2,8 para 12,4% nos homens e de 8,0 para 16,9% nas mulheres. Esse crescimento é preocupante, pois o Excesso de Peso (EP) é fator de risco para diversos agravos à saúde dos indivíduos, além de gerar aumento significativo dos gastos diretos e indiretos (AMER,2011).

Estudos demonstram que há relação entre excesso de gordura corporal e o risco de doenças, que são importantes causas de morbimortalidade, inclusive doenças cardiovasculares, que estão entre as principais responsáveis por mortes no Brasil e no mundo. A dislipidemia está definida pela presença de, no mínimo, de uma alteração do perfil lipídico: elevada concentração sérica de Lipoproteína de Baixa Densidade (LDLc), Triglicerídeos (TG) e/ou reduzida de Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-c). O aumento do número dessas alterações apresenta correlação positiva com o desenvolvimento da aterosclerose, doença inflamatória crônica que está intimamente ligada à elevada concentração sérica de Colesterol Total (CT), e é responsável pelo espessamento da parede da camada média e íntima das artérias, e também pela elasticidade arterial reduzida (AMER,2011).

As Dislipidemias, por ser muitas vezes assintomática, origina dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão adequada ao tratamento. Somam-se a falta de estrutura dos sistemas de saúde para atender a população e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco. Por ser uma doença silenciosa, a dislipidemia frequentemente é descoberta por acaso, essa patologia pode gerar complicações que podem ser relevantes para a saúde do

indivíduo, levando a complicações cerebrovasculares, insuficiência renal, cardiopatia isquêmica, doença arterial coronariana e vascular periférica gerando, portanto, um alto custo em tratamentos (OLIVERA, 2013).

No contexto da saúde, o conhecimento que as pessoas possuem sobre uma doença emerge como fator relevante para determinar como irão se relacionar, e consequentemente com o tratamento, seguimento e controle (OLIVERA, 2013).

A área de abrangência da unidade de saúde Viver com Saúde não está livre deste problema; apresenta uma população, onde a demanda diária de atendimentos está centrada em sua maioria nos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tais como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e as Dislipidemias, constituem a primeira causa de atendimento diário da Unidade Básica de Saúde (UBS) e dada à importância do controle adequado dos pacientes com doenças, pela repercussão na saúde individual, a comunidade, a sociedade, assim como para os serviços de saúde em geral, constitui uma prioridade da equipe de saúde, e precisa-se de ações imediatas que contribuam a um melhor controle dos pacientes em questão.

### **1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO E FORMAÇÃO ADMINISTRATIVA**

No 19 de fevereiro de 1873, no local onde hoje se encontra a sede do Município de Itambacuri, chega com os primeiros brancos, os capuchos Frei Serafim de Gorizia e seu auxiliar imediato, Frei Ângelo de Sassoferato, com pequena comitiva de trabalhadores e alguns índios. Frei Serafim de Gorizia partira poucos meses antes, ao expirar de 1872, do Rio de Janeiro, com destino a Filadélfia (hoje, Teófilo Otoni), com a incumbência de formar um aldeamento para a catequese de índios dos vales do Mucuri e São Mateus. Após a estafante caminhada pela extensa região em busca de local apropriado, extasiou-se com a magnífica visão panorâmica da área, alcançada desde o divisor de águas do rio Itambacuri até o córrego d'Areia, e por esta se decidiu. Em fins de fevereiro, um dos primeiros cuidados do desbravador foi à abertura de uma estrada, ao estilo da época, simples picada, que facultasse receber e enviar tropas a Filadélfia. Logo a seguir outros moradores da região, atraídos pela fama de comuna ordeira e progressista que se estava formando foram acorrendo e se fixando, consolidando as obras do dinâmico Frei Serafim (IBGE, 2015)

Quatro anos após, contava o povoado com algumas dezenas de casas, uma igreja e quatrocentos a quinhentos índios nos trabalhos da lavoura. Em 1873, o aldeamento possuía um patrimônio de cinquenta e cinco mil cruzeiros, segundo relatório de seu fundador ao Governo do Estado. A preocupação pela educação dos indígenas e "nacionais" era grande por parte dos fundadores. Perceberam que o aldeamento só poderia prosperar através da educação de seus moradores. Dado a dificuldade em conseguir professores bem preparados cogitaram na fundação de um colégio, que não só atendesse à educação dos menores, como à formação de professores. Assim, em 3 de julho de 1907, chegaram da Itália quatro religiosas Franciscanas para assumir a direção da Escola. O progresso conseguido foi tão grande, que em 1912 foi inaugurado o curso secundário e em 1926, por decreto estadual, o colégio Santo Claro adquiriu as regalias da Escola Normal (IBGE, 2015).

Em relação à formação administrativa o distrito de Itambacuri foi criado pela Lei estadual nº 556, de 30 de agosto de 1911, subordinado ao município de Teófilo Otoni. Por força da Lei estadual nº 843, de 7 de setembro de 1923, instituiu-se o Município de Itambacuri, formado por 4 distritos: o de Itambacuri, desmembrado do município de Teófilo Otoni, e os de Aranã, Frei Serafim e Igreja Nova, criados com territórios desmembrados do distrito-sede. A Lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948, criou o distrito de São José do Divino. Por Lei estadual nº 1.039, de 12 de dezembro de 1953, foram criados os distritos de Frei Inocêncio, Guarataia e Nova Módica, aparecendo Itambacuri, em 1954, com 9 distritos. Por Lei estadual nº 2.764, de 30 de dezembro de 1962, foram desmembrados, passando a municípios, os distritos de Campanário, Frei Gaspar, Frei Inocêncio, Pescador, Nova Módica e São José do Divino, ficando o município reduzido a 3 distritos: Itambacuri, Frei Serafim e Guarataia. Esta situação permanece até a presente data. O município de Itambacuri integrava, até 1949, o Termo e a Comarca de Teófilo Otoni (IBGE, 2015)

## 1.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

O município Itambacuri está localizado no Vale do Mucuri, nordeste da capital do estado de Minas Gerais (MG). O município fica a 334 metros de altitude. As coordenadas geográficas são: Latitude: 18° 2' 40" Sul; Longitude: 41° 39' 41" Oeste. Seu território é banhado pelo Rio Itambacuri, formado pelos ribeirões da Fortuna, Pouquim e Engenho. Possui clima agradável e temperatura média anual de 24,6 C. É composto pelos distritos: Guarataia, São José Fortuna, Frei Serafim, Cafelândia e Baixão. Sua área geográfica é de 1.419,209 km<sup>2</sup>, com uma concentração habitacional de 16,07 habitantes por Km<sup>2</sup>, e aproximadamente 6.165 domicílios, sendo que 98,76% dos mesmos são de tijolos/adobe (BRASIL, 2014).

Vizinho dos municípios de Campanário, Teófilo Otoni e Frei Gaspar, Itambacuri se situa a 26 km a Sul-Oeste de Teófilo Otoni a maior cidade nos arredores. Tem limites também com Pote, Franciscópolis, Agua de Boa, São Jose da Safira, Frei Inocência, Jampruca, Marilac, Campanário e Frei Gaspar (BRASIL, 2014).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) de Itambacuri é de 0,634 segundo a Atlas de desenvolvimento humano/PNUD (2010). O Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços correntes durante o ano 2012 foi de R\$ 8.008,57 segundo os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2015).

As principais atividades econômicas são a pecuária e a agricultura, tendo um tímido desenvolvimento industrial. Na pecuária destaca-se a criação bovina (produção leiteira), equino e suíno, e na agricultura, a fruticultura (banana e laranja), cultura de feijão, café, milho, mandioca e cana de açúcar. Na indústria, a base é o laticínio, podendo ser observado também a existência de olarias, pronta entrega de roupas, serralherias e carpintarias. Os setores onde mais nível de emprego tem por atividade são: os agropecuários, extração vegetal e pesca com 4332 pessoas; no setor industrial trabalham 1230 pessoas e comércio e mercadorias 858. Em diferentes serviços trabalham 3223 pessoas (BRASIL, 2014).

Ressaltam-se também a renda que vem de serviços informais e também os programas sociais do governo federal como Bolsa Família (2.829 famílias atendidas), benefícios do INSS e indústrias de cerâmica. O comércio local é

pequeno e não têm indústrias, isso causa a saída dos jovens à procura de emprego, que ainda é grande problema no município. A renda per capita por domicílio é de aproximadamente de R\$ 361,19.

### 1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Durante o ano 2012 a população estimada do município foi de 22809 pessoas, em 2013 foi de 23528. No ano 2014, foi de 23557 habitantes, não existindo crescimento populacional nos últimos anos. Neste ano a taxa de crescimento anual estimada foi de 0,5%, com uma taxa de mulheres em idade fértil (10-49 anos) de 6.950% e uma proporção de população feminina em idade fértil de 57,9% (IBGE, 2015).

Segundo dados de Itambacuri (2014) no ano 2013 a população foi predominantemente jovem com maior número de habitantes nas idades compreendidas de 20-29 anos com 4.223 (17.9%), seguido da faixa etária de 15 a 19 anos com 2.457 (10,4%) e de 30-39 anos com 2.449 habitantes (10,4%). A população maior de 60 anos está constituída por 3061 habitantes (13,1% da população total do município). Existe um maior número de habitantes do sexo feminino com 12.145 pessoas representando 51.6% e 11.383 habitantes masculinos, representando 48.4% de população.

**Tabela 1:** Perfil demográfico da população estimada em 2015, por gênero e faixas etárias, município de Itambacuri, MG.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
00-04	232	222	454
1-4	960	932	1.892
05-09	1.207	1.197	2.404
10-14	1.141	1.094	2.235
15-19	1.238	1.219	2.457
20-29	1.977	2.246	4.223
30-39	1.186	1.263	2.449
40-49	1.145	1.278	2.423
50-59	929	1.001	1.930
60-69	633	782	1.415

70-79	503	609	1.112
80+	232	302	534
Ignorado	0	0	0
<b>Total</b>	<b>11.383</b>	<b>12.145</b>	<b>23.528</b>

Fonte: SIAB. Secretaria municipal de saúde, Município Itambacuri (2015).

O município tem uma população predominantemente urbana com 14.587 habitantes (61,7%) e na zona rural residem 8.941 representando 38.3%. (BRASIL, 2014).

A taxa de analfabetismo em todas as idades é de 21,5%. A esperança a de vida da população do município é de 73 anos de idade, com um incremento deste índice nos últimos anos, com um incremento da população idosa ainda maior até o ano de 2025.

#### **1.4 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE**

O município tem um conselho municipal de saúde paritário e atuante que é responsável por fiscalizar os recursos de saúde, acompanhar as verbas que chegam para o Sistema Único de Saúde (SUS) e repasses de programas federais, participar da elaboração das metas para saúde, controlar a execução das ações na saúde o conselho se reúne pelo menos uma vez por mês, para que exista o controle da cidadania.

As unidades de saúde do município por tipo prestador são 33: 16 públicas, 14 privadas, 2 filantrópicas e 1 sindicato.

A população coberta pela atenção primária de saúde (APS) corresponde a cerca de 100% de cobertura total do município. A primeira Unidade Básica de Saúde (UBS) iniciou seus trabalhos em 1999 existindo na atualidade 8 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF);sendo que 4 estão na zona urbana, e 4 em zonas rurais. Cada equipe da ESF está composta por 6 a 10 agentes comunitários de saúde (ACS), a equipe de saúde bucal, uma ou mais auxiliares de enfermagem, um médico, um enfermeiro, Esta composição pode variar em número em dependência da população que tenha cada ESF.

O município conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde são oferecidas assistências médicas em algumas especialidades, uma sala de vacina central, um atendimento odontológico e serviço de eletrocardiografia. O município também conta com um centro de reabilitação e de saúde mental.

Existem 2 hospitais privados que prestam serviços ao SUS, contando 98 leitos entre os dois, tendo uma taxa de leitos x 1000 habitantes de 4,3. Os valores médios anuais de internações por 100 habitantes (local de internação) são de 8,6% e internações local por residência é de 6,5%.

Os pacientes que precisam de uma avaliação ou atendimento mais especializados são encaminhados para as cidades de Teófilo Otoni, Governador de Valadares ou Belo Horizonte.

O município conta também com o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e uma Central de Regulação Médica das Urgências, além das bases avançadas permitindo o acesso precoce à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde.

## **1.5 TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF VIVER COM SAÚDE**

A área Guarataia é um distrito do município e foi criado pela lei No. 1039 de 12 de dezembro de 1953 tem uma extensa área rural que compreende três comunidades pequenas (Guarataia, São João e Chaves) com cerca de 60 vivendas cada uma. A população da área tem como fonte de trabalho a criação bovina e produção leiteira.

A ESF Viver Com Saúde encontra-se situado na comunidade de Guarataia e tem dois pontos de apoio nos assentamentos de São João e Chaves. O território do PSF tem uma extensão territorial de 284,4 km<sup>2</sup>, com uma densidade de 9.1 habitantes por km<sup>2</sup> e posse de 714 famílias e 2355 habitantes cadastrados e abrange as seguintes áreas: Guarataia, Córrego Alto Feliz, Cabeceira Barreirinho, Córrego Cupim, Córrego Urupuquina, Fazenda Alto Esperança, Córrego Pedra Vermelha, Córrego Laranjeira, Córrego Boa Ventura, Córrego Choca, Córrego Aranã, Cabeceira de Aranã, Córrego Pimenteira, Córrego Três Barras, Córrego Soares, João Chávez, Córrego Agua Preta, Aranã, Jenipapo, Gavião, Taboquina, Brejão, Agua Amarela, Boa Vista, São João, Córrego Natal, Barro Vermelho.

O relevo da região é montanhoso sendo o espaço territorial muito extenso e este fato dificulta o acesso da equipe de saúde às áreas de atendimento, seja durante a realização das consultas médicas ou visitas domiciliares. As consultas médicas são feitas um dia por semanas em cada um dos três locais (PSF e dois pontos de apoio) e nos dias restantes dias são destinados a consultas ou atendimento domiciliar nas áreas mais remotas com prévio planejamento mensal, sendo geralmente em igrejas ou escolas ou casas cedidas por fazendeiros da área. Muitos pacientes utilizam os serviços médicos dos municípios de Frei Inocência e Campanário no atendimento de urgência, realização de exames médicos, vacinação, ou atendimento especializado porque a população mora a mais de 60 km de distância dos serviços de saúde prestados pelo município sede e não tem um transporte adequado para o deslocamento até o mesmo. Normalmente utilizam meios individuais (a través de animais e motocicletas) ou apoiando-se nos transportes das escolas existentes nos três assentamentos da população.

A ESF e os dois pontos de apoio não oferecem uma infraestrutura adequada para atuação dos profissionais. Os locais são pequenos, não tem sala de espera e área de reuniões, o ponto de apoio não tem área de enfermagem, sala de curativos e vacinas. Os espaços não têm telefones e serviço de internet, não conta com recursos e medicamentos para o atendimento da urgência e emergência médica, assim como não tem transporte sanitário, dependendo este da disponibilidade que tenha a secretaria de saúde no momento de solicitação do serviço.

A equipe de saúde está constituída por 8 ACS distribuídas nas três micro áreas (3 em Guarataia, 3 em Chaves e 2 em São João), um equipo de saúde mental (composto pelo dentista e a técnica de dentista), dois técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médicos. O transporte diário para o médico, enfermeira e a técnica de enfermagem é realizado por um ônibus pertencente à secretaria de saúde saindo às 07h00min horas da secretaria municipal de saúde cobrindo a viagem de mais de 50 km dependendo do local do Atendimento. A equipe de saúde bucal se desloca três vezes na semana trabalhando um dia em cada local. As agentes comunitárias e auxiliar de enfermagem moram perto de sua área de atendimento. O horário de trabalho é desde 08: 00h até às 16:00 horas.

O território sob responsabilidade da ESF Viver Com Saúde, conta com três áreas com as seguintes composições:

**Tabela 2:** Território do PSF Viver Com Saúde, Itambacuri, MG, segundo número de famílias e habitantes por áreas.

Áreas	Famílias	Habitantes
Chaves	343	1239
Guarataia	219	618
São Joao	152	498
<b>Total</b>	<b>714</b>	<b>2.355</b>

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde (2016).

**Tabela 3:** Caracterização da população cadastrada do PSF Viver Com Saúde durante ano 2015, município de Itambacuri, MG, segundo idade e gênero.

Faixa etária (anos)	Homens	Mulheres	Total
Menor 1 ano	0	0	0
1 a 4	27	34	61
5 a 6	36	30	66
7 a 9	70	69	139
10 a 14	148	110	258
15 a 19	149	107	256
20 a 39	331	318	649
40 a 49	142	122	264
50 a 59	124	124	248
Maior de 60	217	197	414
<b>Total</b>	<b>1.244</b>	<b>1.111</b>	<b>2.355</b>

Fonte: SIAB- Secretaria municipal de saúde de Itambacuri. MG. 2015.

## 1.6 RECURSOS DA COMUNIDADE

As condições sociais da população não diferem de outras áreas rurais do estado de Minas Gerais. Os três assentamentos contam com os serviços básicos mínimos como escolas, igreja, serviço de correios, abastecimento de água, coleta de lixo, ademais só existem alguns botecos que se dedicam principalmente as vendas de bebidas alcoólicas.

Existem dois campos de futebol e esporte é praticado isoladamente por alguns grupos de pessoas jovens os fins de semana, constituindo a única atividade de recreação que existe na zona.

Em a área existem só cinco escolas para a realização de atividades da ensino primário, sendo efetuado o ensino secundário em Frei Inocência e Itambacuri, tralhando-se os escolares em ônibus alugados pela prefeitura.

## 2 JUSTIFICATIVA

A atenção primária de saúde a ESF tem como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo, a família e da comunidade, melhorando a qualidade de vida, fundamental nas estratégias de controle das DCNT.

O presente trabalho justifica-se pela relevância que apresentam as Dislipidemias na área de saúde, sendo a terceira causa de morbidade e atendimento diário, antecedidas pela HAS e a DM só. Aprecia-se um deficiente controle dos pacientes, a pesar das orientações fornecidas na consulta, situação que atrapalha o serviço da ESF e gera um aumento das demandas de consultas, visitas domiciliares e aumento nos custos dos serviços de saúde; além da repercussão na saúde individual, familiar e comunitária pelas complicações que pode provocar. Além disso, os pacientes não têm um acompanhamento adequado. Os medicamentos não são usados corretamente, os pacientes não têm realizado se estudos da doença nem têm conhecimento da doença, não praticam exercícios físicos, não fazem dieta. Por essas razões foi feita a escolha do tema desse projeto, pois gostaria de contribuir na melhora da qualidade de vida da população da área de abrangência da ESF Viver com Saúde do município Itambacuri, MG.

Existem múltiplos fatores que interferem no controle adequado dos pacientes com Dislipidemia, por isso a criação de estratégias de saúde propostas neste trabalho, contribuirá a alcançar conhecimento dos pacientes portadores de Hiperlipidemia, e estimulará o desenvolvimento de mudanças dos modos e estilos de vida que sejam errados, além de contribuir uma melhor organização do processo de trabalho diário da equipe e os serviços de saúde.

### 3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Elaborar um projeto de intervenção objetivando o controle das Dislipidemias nos pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Viver com Saúde do Município Itambacuri.

Objetivos específicos:

- Determinar o nível de conhecimento que a comunidade em geral possui sobre as Dislipidemias, e as suas consequências para a saúde.
- Elaborar atividades educativas direcionadas aos pacientes portadores de Dislipidemia.
- Estimular a adoção de estilos e modos de vida saudáveis dos pacientes com Dislipidemias da área.
- Avaliar conhecimentos sobre Dislipidemia adquiridos pelos pacientes.
- Verificar os valores do lipidograma durante o período do estudo.

#### **4 METODOLOGIA**

Baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi executado o diagnóstico situacional, a revisão de literatura sobre o tema e a elaboração do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde e aumento do controle das Dislipidemias na área de abrangência do PSF Viver Com Saúde do município Itambacuri, do estado Minas Gerais.

No início foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS Viver com Saúde durante o ano 2016. A revisão de literatura sobre o tema foi efetuada junto à base de dados de registros eletrônicos sobre o tema específico das Dislipidemias durante o período compreendido entre os anos 2010 e 2016, em especial as páginas da rede mundial de computadores, os dados eletrônicos das bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de saúde (BVS), Biblioteca virtual NESCON e Biblioteca cubana virtual INFOMED. As informações coletadas permitiram ter acesso a dados atualizados sobre o tema, os quais foram utilizados na realização do presente trabalho.

Neste trabalho aparecem os seguintes descritores: Dislipidemias; Hiperlipemias; Estratégia de saúde da Família; Educação em Saúde.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do mundo incluindo o Brasil. Este fenômeno, denominado “transição epidemiológica”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população. Anteriormente, no início do século passado, às doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito (~ 50%) enquanto que hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis.

Neste contexto as Doenças Cardiovasculares (DCV) passaram a ser as causas mais comuns de morbimortalidade em todo o mundo, sendo Considerada ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, a Dislipidemia. Dos pontos de vista fisiológico e clínico, os lípides biologicamente mais relevantes são os fosfolípides, o colesterol, os triglicérides (TG) e os ácidos graxos. Os fosfolípides formam a estrutura básica das membranas celulares. O colesterol é precursor dos hormônios esteróides, dos ácidos biliares e da vitamina D. Além disso, como constituinte das membranas celulares, o colesterol atua na fluidez destas e na ativação de enzimas aí situadas.

Os triglicérides são formados a partir de três ácidos graxos ligados a uma molécula de glicerol e constituem uma das formas de armazenamento energético mais importante no organismo, depositados nos tecidos adiposo e muscular. Os ácidos graxos podem ser classificados como saturados (sem duplas ligações entre seus átomos de carbono), mono ou polinsaturados de acordo com o número de ligações duplas na sua cadeia. O acúmulo de quilomícrons e/ou de VLDL no compartimento plasmático resulta em hipertrigliceridemia e decorre da diminuição da hidrólise dos triglicérides destas lipoproteínas pela lipase lipoprotéica ou do aumento da síntese de VLDL.

Variantes genéticas das enzimas ou apolipoproteínas relacionadas a estas lipoproteínas podem causar ambas alterações metabólicas, aumento de síntese ou redução da hidrólise. O acúmulo de lipoproteínas ricas em colesterol como a LDL no compartimento plasmático resulta em hipercolesterolemia. Este

acúmulo pode ocorrer por doenças monogênicas, em particular, por defeito no gene do receptor de LDL ou no gene da apo B100.

Centenas de mutações do receptor de LDL foram detectadas em portadores de hipercolesterolemia familiar, algumas causando redução de sua expressão na membrana, outras, deformações na sua estrutura e função. Mutação no gene que codifica a apo B100 pode também causar hipercolesterolemia através da deficiência no acoplamento da LDL ao receptor celular. Mais comumente, a hipercolesterolemia resulta de mutações em múltiplos genes envolvidos no metabolismo lipídico, as hipercolesterolemias poligênicas. Nestes casos, a interação entre fatores genéticos e ambientais determina o fenótipo do perfil lipídico (GIROTTI,2011).

**AValiação Laboratorial das Dislipidemias:** O perfil lipídico é definido pelas determinações bioquímicas do CT, colesterol ligado à HDL ou HDL-colesterol (HDL-C), TG e do colesterol ligado à LDL ou LDL-colesterol (LDL-C) após jejum de 12 a 14 horas. O LDL-C pode ser calculado pela equação de Friedewald ( $LDL-C = CT - HDL-C - TG/5$ ), onde TG/5 representa o colesterol ligado à VLDL ou VLDL-colesterol (VLDL-C), ou diretamente mensurado no plasma. Em pacientes com hipertrigliceridemia ( $TG > 400\text{mg/dL}$ ), hepatopatia colestática crônica, diabetes melito ou síndrome nefrótica, a equação é imprecisa. Nestes casos, o valor do LDL-C pode ser obtido por dosagem direta. Como o uso da fórmula de Friedewald é adequado à maioria dos pacientes e tem custo muito menor, seu uso foi considerado como padrão por essa Diretriz. Além das dosagens bioquímicas, fez-se costumeiramente por algum tempo a eletroforese de lipoproteínas. Atualmente, esse exame só é necessário em casos especiais, como na constatação de ausência de lipoproteínas. Nos demais casos, a eletroforese de lipoproteínas não auxilia na tomada de decisões clínicas. A determinação do perfil lipídico deve ser feita em indivíduos com dieta habitual, estado metabólico e peso estáveis por pelo menos duas semanas antes da realização do exame. Além disso, deve-se evitar a ingestão de álcool e atividade física vigorosa nas 72 e 24 horas que antecedem a coleta de sangue, respectivamente (VALVERDE, 2013).

## CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

As dislipidemias primárias ou sem causa aparente podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente através de análises bioquímicas. Na classificação genotípica, as dislipidemias se dividem em monogênicas, causadas por mutações em um só gene, e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações que isoladamente não seriam de grande repercussão. A classificação fenotípica ou bioquímica considera os valores do CT, LDL-C, TG e HDL-C. Compreende quatro tipos principais bem definidos:

**a) Hipercolesterolemia isolada:** Elevação isolada do LDL-C ( $\geq 160$  mg/dL).

**b) Hipertrigliceridemia isolada:** Elevação isolada dos TG ( $\geq 150$  mg/dL), que reflete o aumento do volume de partículas ricas em TG como VLDL, IDL e quilomícrons. Como citado, a estimativa do volume das lipoproteínas aterogênicas pelo LDL-C torna-se menos precisa à medida que aumentam os níveis plasmáticos de lipoproteínas ricas em TG. Portanto, conforme referido acima, o valor do Não-HDL-C pode ser usado como indicador de diagnóstico e meta terapêutica nestas situações.

**c) Hiperlipidemia mista:** Valores aumentados de ambos LDL-C ( $\geq 160$  mg/dL) e TG ( $\geq 150$  mg/dL). Nestes indivíduos, pode-se também utilizar o Não-HDL-C como indicador e meta terapêutica. Nos casos com TG  $\geq 400$  mg/dL, quando o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, considerar-se-á hiperlipidemia mista se o CT for maior ou igual a 200 mg/dL.

**d) HDL-C baixo:** Redução do HDL-C (homens  $<40$  mg/dL e mulheres  $<50$  mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL-C ou de TG. (ROESE,2011)

A Dislipidemia é uma doença crônica que acomete uma parcela importante da população brasileira. Sua prevalência no Brasil varia entre 21% e 37% para adultos (prevalência média de 30% em dependência da região no país), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Quando se observa a prevalência por gênero tem-se 35.8% de homens e 30% mulheres. Quando se analisa por idades, 15 % a 20% envolve a população adulta, 1% a 5% a população infantil e adolescente e 50% da população idosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) estima que haja 15 milhões de pessoas com Dislipidemia, cerca do 30% da população adulta e que 5% da população com até 18 anos tenham a mencionada doença. – são 1,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais do 46% têm Dislipidemia. No mundo, são 350 milhões de pacientes dislipidêmicos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes com Dislipidemias vêm aumentando a cada dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

**Nota:** as recomendações emitidas neste trabalho, de forma geral, refletem as evidências de efetividade das intervenções. Sua finalidade principal é a de orientar os profissionais de saúde no atendimento de portadores de dislipidemias na tentativa de prevenir a aterosclerose ou reduzir suas complicações. Ele não trata de forma sistemática de análises de custo-efetividade. Desta forma, não deve ser encarado como um guia global absoluto para serviços preventivos de saúde pública.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde foram utilizados vários instrumentos para a identificação dos problemas como a observação ativa da equipe no processo de trabalho diário, as reuniões internas e externas efetuadas mensalmente, a realização de entrevistas a informantes-chaves da comunidade, o uso de informações utilizando o sistema de atenção básica de saúde (SIAB 2015), o consolidado da Vigilância Epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Itambacuri, os registros da equipe de saúde e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

Este diagnóstico foi baseado no método da estimativa rápida a qual é uma importante ferramenta do trabalho e constitui um jeito de obter informações sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para ser enfrentado, num curto período de tempo.

### 6.1 Identificação dos problemas

Uma vez realizado o diagnóstico de saúde foi possível identificar os seguintes problemas de saúde da área:

- Deficiente controle dos pacientes com DCNT, fundamentalmente das Dislipidemias.
- A HAS e a DM são as principais causas de morbimortalidade na área, constituindo as principais causas de atendimento médico diário no PSF.
- Região endêmica da esquistossomose com incidência de casos na área.
- Dificuldade para realização de visitas domiciliares e de acesso da população aos serviços de saúde, devido à extensão territorial da área, predominando a demanda de atenção espontânea.
- Falta de áreas de recreação e atividades esportivas no território.
- Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão.
- Pouca assistência dos lactentes e crianças menores de dois anos nas consultas programadas de puericultura.
- Destino final inadequado do lixo e dejetos humanos.

- Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.
- Realização de poucas atividades educativas em grupos desenvolvidos pela equipe de saúde.
- Poucos recursos e medicamentos para o atendimento das urgências, assim como seu encaminhamento e transporte.
- Dificuldades com o atendimento odontológico na área.
- Resistência das mulheres para realizar o exame citopatológico de colo de útero.

## 6.2 Priorização dos Problemas

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas levando em conta os critérios de importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento pela EBS.

A importância do problema foi classificada como alta média e baixa. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez. Em relação à capacidade de enfrentamento da equipe ao problema foi classificado como fora ou parcial de acordo com as possibilidades da solução por parte da equipe.

**Tabela 4:** Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri, MG. 2016.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Deficiente controle das DCNT.	Alta	9	Parcial	01
As Dislipidemias constituem a segunda causa de morbidade	Alta	8	Parcial	02
A região é endêmica da Esquistossomose com	Alta	7	Parcial	03

---

incidência dos casos				
Alta prevalência de transtornos de Alta ansiedade e depressão.	7	Parcial	04	
Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de água contaminada.	6	Fora	05	
Destino final inadequado do lixo.	6	Fora	05	

---

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde, 2016.

### 6.3 Descrição do Problema

O terceiro passo desenvolvido foi à descrição do problema selecionado, deficiência no controle dos pacientes com Dislipidemias, para o qual foram selecionados os seguintes descritores, conforme Tabela 5.

**Tabela 5:** Descritores do problema selecionado no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri, MG. 2016.

Indicadores	Valores	Fonte
Total de população	2.355	SIAB
Pacientes com Dislipidemias	361	SIAB
População maior de 20 anos	1.541	SIAB
Pacientes dislipidêmicos maiores de 20 anos	360	SIAB
% de pacientes maiores de 20 anos dislipidêmicos	23.36	SIAB
Consultas realizadas durante o ano	2.797	SIAB
Consultas anuais por Dislipidemias.	1.026	SIAB
% de consultas anuais realizadas aos pacientes com Dislipidemias.	36.6	SIAB

---

---

% de pacientes maiores de 20 anos dislipidemia	41.4	SIAB
--	------	------

---

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde. 2016.

A Dislipidemia representa um grave problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle, estima-se que esta atinge aproximadamente 20 milhões de brasileiros. ((VALVERDE, 2013).

A área de abrangência da unidade de saúde da família “Viver com Saúde” apresenta uma população de 2.355 pessoas onde a demanda diária de atendimentos está centrada nas doenças crônicas.

Durante o ano 2016 foram realizadas um total de 2.797 consultas médicas, com uma média de 1,17 consultas por pacientes, dessas 1.026 foram pacientes com Dislipidemias, representando 36,6% do total das consultas realizadas.

A área tem diagnosticado 361 hipertensos com uma prevalência geral da doença de 15.3% e 18.75% na população maior de 20 anos, predominando num 70.7% dos pacientes idosos e observando-se um controle inadequado nos pacientes dislipidêmicos a pesar das orientações desenvolvidas pelo EBS.

#### 6.4 Explicação do problema

O Quarto passo desenvolvido consistiu na explicação do problema, o qual tem como objetivo entender a gênese do problema que se quer enfrentar a partir da identificação das suas causas.

O controle inadequado dos pacientes em questão, pode dever-se a muitas causas, as quais incidem em maior ou menor grau. Na área de abrangência anteriormente mencionada, existem vários fatores que incidem neste controle dos pacientes portadores desta doença entre os quais estão os seguintes:

- Resistência dos pacientes às consultas programadas, acudindo geralmente as demandas espontâneas afetando seu seguimento e avaliações adequadas a pesar de existir um bom vínculo por parte da EBS com a comunidade.
- A extensa área rural que tem o PSF (mais de 40 km de extensão) que dificulta o traslado dos pacientes às consultas e a realização das visitas domiciliares por parte da equipe de saúde.

- O seguimento irregular dos pacientes com Dislipidemias provoca um baixo nível de informação sobre a doença nos pacientes, gerando pouco conhecimento sobre a importância do tratamento adequado contribuindo também ao desenvolvimento de hábitos e modos de vida inadequados que incidem negativamente em seu estado de saúde.
- Realização de poucas atividades educativas sobre a Dislipidemias por parte da equipe de saúde repercutindo em que os pacientes e a comunidade tenham poucos conhecimentos sobre sua doença.
- Dificuldade pra o fornecimento dos medicamentos pelo SUS, sendo interrompido o tratamento pelos usuários de baixa renda.

### **6.5 Identificação dos nós críticos**

A Identificação dos nós críticos do problema caracterizado pelo deficiente controle dos pacientes com Dislipidemias foi o quinto passo. O “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual pode-se intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe de saúde identificou os seguintes nós críticos:

- Baixo nível de conhecimento da população sobre as Dislipidemias e os seus riscos.
- Pouca adesão da população afetada ao tratamento das Dislipidemias.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Processo de trabalho da EBS inadequado.

## 6.6 Desenho das operações

O sexto passo do trabalho caracteriza-se pelo desenho das operações, o qual tem o objetivo de descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

**Tabela 6:** Desenho das operações para os nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri. MG. 2016.

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Baixo nível de conhecimento sobre as Dislipidemia e riscos.	Aumentar o conhecimento dos pacientes e a comunidade sobre Dislipidemias.	Elevar o conhecimento da população sobre o tratamento farmacológico adequado das Dislipidemias.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre Dislipidemias.  Paciente com conhecimento sobre Dislipidemias.	<b>Cognitivos:</b> Conhecimento sobre a doença. <b>Financeiros:</b> Folhetos educativos e meios audiovisuais. <b>Políticos:</b> Participação da população. <b>Organizacional:</b> da agenda e de espaço físico para a atividade.
Pouca adesão da população afetada ao tratamento das	Elevar o conhecimento sobre o tratamento farmacológico adequado,	Manter um tratamento diário estável.	Maior número de pacientes aderidos ao tratamento e com conhecimentos	<b>Cognitivos:</b> Informações sobre o tratamento farmacológico.

Dislipidemia s.	mediante palestras educativas e orientação individual.		sobre a importância de realizá-lo adequadamente. Grupos operativos implantados	<p><b>Financeiros:</b> Medicamentos disponíveis pelo SUS. Materiais educativos e meios audiovisuais.</p> <p><b>Políticos:</b> Mais vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter estabilidade nos subministros de medicamento.</p> <p><b>Organizacional:</b> da agenda e de espaço físico para a atividade e controle dos medicamentos</p>
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Promover mudanças de hábitos e estilos de vida saudáveis mediante palestras educativas e orientação individual.	Diminuir consumo do alcoolismo, tabaquismo, ingestão de gorduras, restrição de sódio, o sedentarismo. Desenvolver	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	<p><b>Cognitivos:</b> Informações sobre mudar os hábitos e estilos de vida.</p> <p><b>Financeiros:</b> Folhetos educativos e médios audiovisuais.</p>

		uma dieta balanceada e adequada. Diminuir a obesidade e estimular a prática sistemática do exercício físico.		<b>Políticos:</b> Fornecer maior participação social entre gestores da sociedade. <b>Organizacional:</b> da agenda e de espaço físico para a atividade.
Processo de trabalho da EBS inadequado.	Estabelecer um melhor acompanhamento aos pacientes com Dislipidemias.  Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema.  Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.  Estimular a participação	Desenvolvimento de mais ações de saúde preventivas na área.  Equipe de saúde mais capacitada com ferramentas necessárias para a realização das atividades educativas.  Participação ativa de população nas atividades educativas.	Pacientes dislipidemicos informados sobre a importância de assistir às consultas programadas e fazer o acompanhamento na UBS para seu controle.  Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das consultas programadas e visitas	<b>Cognitivos:</b> Informações sobre a importância das consultas programadas e seguimento. <b>Financeiros:</b> Transporte dos pacientes e equipe de saúde. <b>Políticos:</b> Participação da comunidade e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde e da prefeitura. <b>Organizacional:</b> Organizar as consultas

	social nas mesmas.		domiciliares. Maior número atividades educativas realizadas.	programadas e atendimento domiciliário.
--	-----------------------	--	--	---

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde (2017).

### 6.7 Identificação dos recursos críticos

O sétimo passo consiste em identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

**Tabela 7:** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri. MG. 2016.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Aumentar conhecimento sobre Dislipidemias.	Financeiros: Realização de folhetos educativos e aquisição de equipamento audiovisual para a realização das atividades.
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS. Realização de materiais educativos e aquisição de equipamento audiovisual. Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os medicamentos anti-dislipidêmicos especialmente para a população de baixa renda. Articulação Inter setorial.
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	Financeiros: Elaboração e distribuição de folhetos educativos e aquisição equipamentos audiovisuais. Políticos: Fornecer uma maior participação social entre gestores da sociedade (articulação

	Intersectorial).
Estabelecer acompanhamento aos pacientes com Dislipidemias.	Financeiros: Transporte dos pacientes e equipe de saúde. Políticos: Participação da comunidade e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde.
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas sobre o tema. Proporcionar a equipe conhecimento e ferramenta para realização das atividades. Estimular a participação social.	Financeiros: Materiais e recursos para o desenvolvimento das atividades. Políticos: Articulação entre todos os componentes da sociedade.

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde. 2016.

## 6.8 Análise da Viabilidade

O oitavo passo está dirigido à análise de viabilidade do plano: Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para o desenvolvimento de cada operação, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

**Tabela 8:** Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri. MG. 2016.

<b>Operações/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>	<b>Ações estratégicas</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>
Aumentar	Financeiros:	Secretário	

conhecimento dos pacientes e comunidade sobre Dislipidemias.	Folhetos educativos e equipamentos audiovisuais	de saúde.	Favorável	Apresentar demanda.
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Financeiros: Medicamentos disponíveis pelo SUS. Materiais educativos e equipamentos audiovisuais. Políticos: vontade pelos gestores de garantir os recursos para manter os medicamentos	Secretário de saúde. Prefeitura municipal. Fundo nacional de saúde.	Favorável	Apresentação projeto.
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	Financeiros: Folhetos educativos e equipamentos audiovisuais. Políticos: participação social entre gestores	Secretário de saúde. Prefeitura municipal.	Favorável	Não é necessário.
Melhorar na UBS o acompanhamento dos pacientes com Dislipidemias.	Financeiros: Transporte Políticos: Participação da comunidade e garantia dos recursos	Secretário de saúde. Prefeitura municipal. e dos por	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico

---

	parte da secretaria de saúde e prefeitura.				
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas.	Financeiros: Materiais de recursos para o desenvolvimento das atividades.	Secretário de saúde.	Favorável	Não é necessário.	
Proporcionar conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.	Políticos: Articulação dos componentes da sociedade.				
Estimular a participação social.					

---

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde (2016)

### 6.9 Elaboração do Plano Operativo

No outro passo realiza-se a elaboração do plano operativo e tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação, o gerente da operação e definir os prazos para a execução das operações para o cumprimento das ações necessárias.

**Tabela 9:** Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde. Itambacuri. MG. 2016.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o conhecimento sobre	População com conhecimento	Avaliação do conhecimento	Apresentar demanda de aquisição de	ACS Médico	Apresentar o projeto em 2 meses. Início

---

Dislipidemia	tos sobre Dislipidemia	to dos sobre Dislipidemia	sobre materiais audiovisuais e folhetos.	Enfermeira	2 meses depois	aprovado (Dezembro 2016) e término em 4 meses (Maio 2017).
		Paciente com conhecimento sobre Dislipidemia		Líderes comunitários.		
Elevar o conhecimento sobre a importância do tratamento farmacológico adequado.	Manter um diário estável	Paciente informado sobre a importância de desenvolver um tratamento adequado.	Apresentação projeto.	Equipe saúde da área	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois	aprovado (Dezembro 2016) e término em 4 meses (Maio 2017).
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	Diminuir consumo dos hábitos tóxicos. Desenvolver uma dieta balanceada e adequada.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo de vida.	Apresentação de projeto de ação específico.	Equipe saúde da área. Líderes comunitários.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois	aprovado (Dezembro 2016) e término em 4 meses (Maio 2017).
	Diminuir a obesidade e estimular a prática sistemática do exercício					

	físico.				
Estabelecer um melhor acompanhamento dos pacientes com Dislipidemias.	Maior assistência dos pacientes as consultas programa. Melhor planejamento e desenvolvimento das visitas domiciliares.	Pacientes dislipidêmicos informados sobre a importância de assistir as consultas programada Equipe de saúde com planejamento e eficiência na realização das visitas domiciliares	Apresentação de projeto de ação específico.	ACS. Médico. Enfermeira.  Secretario saúde	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Dezembro 2016) e término em 4 meses (maio 2017).).
Incrementar a realização sistemática de atividades educativas na área sobre o tema. Proporcionar conhecimentos e ferramentas de trabalho	Desenvolvimento de mais ações de saúde preventivas na área. Equipe de saúde mais capacitada com ferramentas necessárias para realização das	Maior número de atividades educativas realizadas na área. Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema. Maior número de assistências da		Secretario saúde.  Líderes comunitários.  Equipe saúde da área.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois aprovado (Dezembro 2016) e término em 4 meses (Maio 2017).

para a realização das atividades educacionais da população. Participação ativa da população nas atividades educacionais.

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde (2016)

#### 6.10 Gestão do plano

O décimo e último passo é a Gestão do Plano e está centrada em desenhar um modelo de gestão do plano de ação e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Tabela 10.** Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Viver Com Saúde, Itambacuri, MG, 2016.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumentar o conhecimento sobre Dislipidemias.	Avaliação do conhecimento sobre Dislipidemias. Paciente com conhecimento sobre Dislipidemias.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			

Elevar o conhecimento sobre tratamento farmacológico adequado.	Paciente informado sobre desenvolver tratamento adequado.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
Fornecer mudanças de hábitos e estilos de vida.	População informada sobre como fazer mudanças em seu modo e estilo de vida.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades			
Estabelecer um seguimento aos pacientes com Dislipidemias.	Pacientes com Dislipidemias. Informados sobre a importância de assistir as consultas programadas para seu controle.  Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das visitas domiciliares.	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das atividades.			
Incrementar a realização sistemática de atividades	Maior número atividades educativas realizadas na	ACS, médico, Enfermeira.	2 meses para início das			

<p>educativas na área sobre o tema.</p> <p>Proporcionar a equipe os conhecimentos e ferramentas de trabalho para a realização das atividades.</p> <p>Estimular a participação social</p>	<p>área.</p> <p>Equipe de saúde com conhecimentos sobre o tema.</p> <p>Maior número de assistências da população as</p>		<p>atividades.</p>			
--	---	--	--------------------	--	--	--

Fonte: Dados PSF Viver com Saúde (2016)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em conta a importância do controle adequado dos pacientes com Dislipidemias, este problema de saúde constitui uma prioridade da EBS e precisam-se de ações imediatas que ocasionem mudanças dos estilos e modos de vida errados dos pacientes hiperlipêmicos, através de atividades educativas. No contexto da saúde, o conhecimento que as pessoas possuem sobre uma doença emerge como fator relevante para determinar como irão se relacionar com ela e conseqüentemente com seu tratamento, seguimento e controle.

A Dislipidemia configura um importante problema de saúde no mundo e Brasil, pelas suas elevadas prevalências, complicações agudas e crônicas e por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, a qual constitui uma das principais causas de morte por doença no mundo. Além de condicionar elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde.

O deficiente controle dos pacientes com Dislipidemia produzido por uma inadequada adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e a não realização de mudanças de modo e estilos de vida no comportamento dos pacientes constitui um sério problema na atenção primária a saúde onde os EBS constituem o pilar fundamental no diagnóstico, tratamento, reabilitação e diminuição das complicações da Dislipidemia, para o qual se precisa o desenvolvimento de múltiplas ações de prevenção e promoção de saúdes dirigidas a melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores desta doença.

A educação em saúde constitui uma valiosa e importante ferramenta de trabalho dentro das ações de saúde como forma de um melhor controle dos pacientes com Dislipidemia e o estímulo ao desenvolvimento dessas mudanças.

A utilização no presente trabalho do PES para a elaboração da proposta de intervenção para desenvolver o aumento do controle da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da unidade de saúde da família “viver com saúde”, município Itambacuri, MG, nos permitiu ter um maior conhecimento integral da doença nos pacientes e elaborar propostas para melhorar sua qualidade de vida.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMER, N. M.; Marcon, S. S.; Santana, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo, v. 96, n. 1, jan. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro Geografia Estatística. Cidades. **Dados gerais município Itambacuri. MG.** Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=313270&search=minas-gerais|itambacuri|infograficos:-dados-gerais-do-municipio> . Acessado em: 2/02/2017

BRASIL. Instituto Brasileiro Geografia Estatística. **Estimativa da população do município Itambacuri, MG.** Ano 2014. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm) > . Acessado em: 2/06/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 37**) .Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf).

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Indicadores de mortalidade.** Brasília, DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c08.def>. Acessado em 02/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, **Hipertensão arterial sistêmica.** Brasília,DF. 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da Dislipidemias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipercolesterolemia. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, v.64, n.6, p.1038-1042. 2011.

OLIVEIRA, T. L. *et al.*, Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da Dislipidemia. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.26, n.2, p.179-184. 2013.

Prefeitura Municipal de Pará de Minas Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

ROESE, A. *et al.* Perfil lipídico e de Diabete Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. v.14, n.1, p. 75-84 jan-mar 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia. **Arq Bras. Cardiol**,v.95, (1 supl.1),p.1-51, 2011.

VALVERDE, M.A.; VITOLLO, M.R.; PATIN, R.V.; ESCRIVÃO, M.A.; OLIVEIRA, F.L.; ANCONA-LOPEZ F. Investigação de alterações do perfil lipídico de crianças e adolescentes obesos. **Arch Latinoam Nutr**. V. 49, n.4, p.338-343,1999.

## ANEXO

Figura 1 - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família Viver com Saúde, 2016.

