

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Luisa Fernandes Rivelli Cardoso

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM DISLIPIDEMIAS, ATENDIDOS
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONANZA DA CIDADE
DE SANTA LUZIA– MINAS GERAIS**

Belo Horizonte/ Minas Gerais

2020

Luisa Fernandes Rivelli Cardoso

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM DISLIPIDEMIAS, ATENDIDOS
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONANZA DA CIDADE
DE SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutora: Prof.^a Dr^a. Adelaide De Mattia

Belo Horizonte / Minas Gerais

2020

Luisa Fernandes Rivelli Cardoso

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM DISLIPIDEMIAS, ATENDIDOS
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONANZA DA CIDADE
DE SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

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

Orientador(a): Prof.^a Dr^a. Adelaide De Mattia

Banca examinadora

Professor (a). Adelaide De Mattia, Doutora, UFMG

Professora Maria Dolôres Soares Madureira, Mestre, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 2020.

Dedico este estudo à minha família, que muito tem me ajudado nesta longa caminhada. Espero poder um dia recompensar tanto amor, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos momentos de coragem e perseverança ao longo desta caminhada. Sem fé e confiança eu não teria chegado até aqui.

À Minha família, pelos momentos de carinho, de compreensão, de ajuda mútua, que me fortaleceram e me deram amparo nos momentos difíceis de minha jornada.

Agradeço aos meus tutores, pela paciência, confiança e troca de conhecimentos. Seus ensinamentos me guiaram e me fizeram conquistar um caminho cheio de alegrias e esperança em um novo mundo do saber.

Aos meus professores, pela dedicação, disponibilizando de tempo e vivenciando comigo novas experiências em busca de resultados satisfatórios para as minhas pesquisas.

Aos coordenadores do curso, que contribuíram para minha formação e para meus conhecimentos.

Aos funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais, pelos serviços prestados.

Aos colegas de sala, principalmente aqueles que juntos construímos novos conceitos de vida, de pessoa e de ser humano. Aqueles que sempre me acompanharam e me deram as mãos nos momentos de aflição.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização e conclusão deste estudo.

Aos profissionais da área que têm contribuído para novos conhecimentos e novos achados com o objetivo de, cada vez mais, ajudarem a humanidade na busca por respostas e, principalmente para o crescimento do ser humano e da justiça, como também da saúde.

A todos, muito obrigada.

*O caminho que seguimos nem sempre é o mais justo,
mas nos permite aprender e criar novos conceitos para a
vida e para nós mesmo.*

Autor desconhecido

RESUMO

As dislipidemias representam importante fator de risco para doença aterosclerótica, particularmente a coronariana. A elevação variada das concentrações plasmáticas de lipídios e de lipoproteínas caracteriza as diversas dislipidemias. Além do tratamento farmacológico, essa condição exige, segundo as diretrizes nacionais para o tratamento das dislipidemias, a adoção associada de intervenção não farmacológica com mudanças na dieta, adoção de estilo de vida saudável com a inclusão de exercícios físicos, favorecendo o emagrecimento e/ou a manutenção do peso adequado. Na área de abrangência do PSF Bonanza, identificou-se que, apesar dos esforços da equipe de saúde para promover o controle da dislipidemia nessa população, ocorre a baixa adesão aos tratamentos propostos o que tem contribuído para piora no quadro clínico dos usuários. A equipe desta unidade detectou muitos problemas de saúde como: diabetes, hipertensão, obesidade, mas, as dislipidemias têm atingido grande parte dos usuários que sofrem com diabetes e obesidade principalmente. Assim se faz necessário um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias. Para a realização deste projeto, primeiramente, verificou-se quais os problemas prevalentes na comunidade. A identificação destes problemas ocorreu após a coleta de dados através do Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário. Foi realizada busca na literatura científica para identificar as melhores práticas para enfrentar esse problema. Esta busca foi feita através dos descritores em Ciências da Saúde: Dislipidemias; riscos cardiovasculares; síndrome metabólica e adesão ao tratamento. As bases de dados consultadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Internacional em ciências da saúde e Scientific Eletronic Library online. A proposta de intervenção contempla identificação e cadastro dos pacientes com dislipidemias, agendamento de consultas periódicas de retorno para acompanhamento e planejamento individual da intervenção farmacológica. A participação efetiva da equipe de saúde no projeto é fundamental para facilitar a adoção de tratamento não farmacológico, com o planejamento e realização de grupos com a participação efetiva dos usuários e identificação de suas necessidades, a busca ativa dos faltosos e o planejamento de acompanhamento dos progressos, internações e complicações apresentadas por esses usuários. Espera-se que as ações propostas neste projeto possam contribuir para a redução do problema, assim como evitar as complicações das dislipidemias. A intenção é após um mês da implantação do projeto produzir um relatório com os resultados alcançados para demonstrar e comprovar a viabilidade do projeto.

Palavras-chave: Dislipidemias. Riscos cardiovasculares. Síndrome metabólica. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Dyslipidemias represent an important risk factor for atherosclerotic disease, particularly coronary artery disease. The varied elevation of plasma lipid and lipoprotein concentrations characterizes the different dyslipidemia. In addition to pharmacological treatment, this condition requires, according to national guidelines for the treatment of dyslipidemia, the associated adoption of non-pharmacological intervention with changes in diet, adoption of a healthy lifestyle with the inclusion of physical exercises, favoring weight loss and / or maintaining the proper weight. In the area covered by the PSF Bonanza, it was identified that, despite the efforts of the health team to promote the control of dyslipidemia in this population, low adherence to the proposed treatments occurs, which has contributed to worsening the clinical condition of users. The team at this unit detected many health problems such as: diabetes, hypertension, obesity, but dyslipidemia has affected a large part of users who suffer from diabetes and obesity mainly. Thus, an intervention project is necessary in order to increase adherence to the treatment of patients with dyslipidemia. For the realization of this project, first, it was verified which the prevalent problems in the community. These problems were identified after data collection through Situational Strategic Planning to quickly estimate the problems observed and define the priority problem. A search was carried out in the scientific literature to identify the best practices to face this problem. This search was made through the descriptors in Health Sciences: Dyslipidemias; cardiovascular risks; metabolic syndrome and treatment adherence. The databases consulted were: Virtual Health Library, International Literature in health sciences and Scientific Electronic Library online. The intervention proposal includes identification and registration of patients with dyslipidemia, scheduling periodic return visits for follow-up and individual planning of the pharmacological intervention. The effective participation of the health team in the project is essential to facilitate the adoption of non-pharmacological treatment, with the planning and realization of groups with the effective participation of users and identification of their needs, the active search for those who are absent and the planning of follow-up of patients. progress, hospitalizations and complications presented by these users. It is hoped that the actions proposed in this project can contribute to reducing the problem, as well as avoiding the complications of dyslipidemia. The intention is one month after the implementation of the project is to produce a report with the results achieved to demonstrate and prove the project's viability.

Keywords: Dyslipidemias. Cardiovascular risks. Metabolic syndrome. Adherence to Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACAT	Colesterol-acil-transferase
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DM2	Diabete Melito tipo 2
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FACSAL	Faculdade de Santa Luzia
HDL	Lipoproteína de alta densidade
HFC	Hiperlipidemia Familiar Combinada
IDL	Lipoproteína de densidade intermediária
IFMG	Instituto Federal de Minas Gerais
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciência da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
SciELO	Scientific Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UNOPAR	Universidade do Norte do Paraná
UPA	Unidade de pronto Atendimento
VLDL	Lipoproteína de muito baixa densidade

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição das famílias segundo o destino do lixo	15
Quadro 2	Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos	15
Quadro 3	Distribuição das famílias segundo abastecimento de água	16
Figura 1	Nível de escolaridade da comunidade atendida no PSF Bonanza em Santa Luzia – Minas Gerais	17
Quadro 4	Atividades da equipe de saúde do PSF Bonanza da cidade de Santa Luzia – MG	22
Quadro 5	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde – PSF Bonanza da cidade de Santa Luzia – MG	25
Figura 2	Dislipidemias primárias no PSF Bonanza – Santa Luzia – MG	27
Tabela 1	Valores de referência de lipídios e lipoproteínas em adultos > de 20 anos	32
Tabela 2	Descritores do problema	40
Quadro 6	Operações sobre o “nó crítico 1 relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – Bonanza do município de Santa Luzia – MG	44
Quadro 7	Operações sobre o “nó crítico 2 relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – Bonanza do município de Santa Luzia – MG	45
Quadro 8	Operações sobre o “nó crítico 3 relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – Bonanza do município de Santa Luzia – MG	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Aspectos Gerais do Município	12
1.2	Aspectos da Comunidade	14
1.3	Sistema Municipal de Saúde	17
1.4	Unidade Básica de Saúde	18
1.5	Equipe de Saúde da Família	20
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe	20
1.7	O dia a dia da equipe	21
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	23
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção	23
2	JUSTIFICATIVA	26
3	OBJETIVOS	29
3.1	Objetivo Geral	29
3.1	Objetivos Específicos	29
4	METODOLOGIA	30
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	31
5.1	Dislipidemias	31
5.2	Adesão ao tratamento	38
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	40
6.1	Descrição dos problemas selecionados	40
6.2	Explicação dos problemas selecionados	40
6.3	Seleção dos Nós Críticos	42
6.4	Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS.	48

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município de Santa Luzia - MG

Santa Luzia é um município localizado em Minas Gerais, pertencente à região metropolitana da grande Belo Horizonte. Sua população em 2018 era de 218.147 habitantes (IBGE, 2018).

O município voltou-se, com o tempo para a atividade agrícola de subsistência, produzindo milho, arroz, feijão, mandioca, trigo, batatas, café, mamona e algodão. Sua produção artesanal também cresceu muito nessa época, tendo-se notícia da fabricação de móveis, como por exemplo, oratórios, além de imagens delicadíssimas de pedra de jaspé, chegando, ambos, a serem vendidos fora da Província por sua beleza e originalidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2018).

Assim, com o fim da exploração do ouro, Santa Luzia tornou-se um importante centro comercial, ponto de parada dos tropeiros que vinham negociar e comprar mercadorias. Na Rua do Comércio, no bairro da Ponte, existia um porto para os barcos que navegavam pelo Rio das Velhas, transportando mercadorias comercializadas em Minas Gerais. Assim, Santa Luzia passa a ser um ponto de referência do comércio, cultura e arte (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2018).

Uma fábrica de tecidos foi instalada nas proximidades de Santa Luzia, movida pela grande produção de algodão. A fábrica nos primeiros anos não teve sucesso, sendo vendida e os atuais donos, com o passar dos anos conseguiu resolver os seus problemas, porém, a produção de algodão caiu e os atuais donos tiveram que comprar matéria prima do nordeste. A fábrica cresceu, gerando muitos empregos e foi um marco no crescimento econômico da cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2018).

O estabelecimento da Estação Ferroviária "Rio das Velhas", em Santa Luzia, foi de grande importância para a economia local. A parte baixa da cidade, localizada as margens dos trilhos e do rio, tomou novo impulso com o incremento da atividade

comercial. Desenvolveram-se o comércio a varejo e atacado, esse último encarregado das exportações para outras regiões, sobretudo os tecidos de algodão vendidos no norte do Estado. O desenvolvimento econômico apresentado pelo município, a partir da segunda metade do século passado, transformou um pouco a fisionomia da cidade, que sofreu acentuado crescimento urbano.

O município possui três vias de acesso com portais: via MG-020 ou Avenida das Indústrias; via MG-010 e MG-433 via São Benedito e via BR-381, através da Avenida Beira Rio. Os portais marcam o limite com Belo Horizonte e Sabará e dão identidade ao município, além de fazerem parte do sistema de segurança (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2018).

O início da ocupação de Santa Luzia começou em 1692, mas seu grande crescimento populacional só aconteceu no século XX, com a o desenvolvimento de Belo Horizonte e a confirmação das cidades vizinhas como periferia da capital. O crescimento foi intensificado principalmente no Distrito de São Benedito, nos anos 50 com aprovação dos bairros São Benedito e São Cosme, impulsionados talvez pela tentativa do Estado de criar em Santa Luzia uma Nova Cidade Industrial, maior que a já existente em Contagem, porém esse projeto não deu certo por questões políticas e geográficas. Porém, sua ocupação aumentou muito na década de 1980, quando foram criados dois grandes conjuntos habitacionais, o Cristina e o Palmital, que juntos formavam o maior conjunto habitacional da América Latina (IBGE CIDADES, 2018).

Santa Luzia conta com 61 estabelecimentos de saúde, sendo 39 deles municipais distribuídos entre unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento e um hospital geral que atende pacientes do SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2019).

Santa Luzia tem escola de educação infantil, ensino fundamental e médio e instituição de ensino superior, que oferece vaga para toda a população gratuitamente. Conta ainda com unidades de ensino que são privadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2019).

O sistema de transporte liga bairros do município, como liga também o município à capital. São várias linhas de ônibus, algumas atendem também a zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2019).

1.2 Aspectos Gerais da Comunidade

A comunidade atendida nesta área de abrangência é composta por mulheres de 19 a 59 anos de idade (29%), homens (23%) com idade entre 19 e 59 anos de idade, idosos acima de 60 anos de idade (33%) e crianças de zero a 18 anos de idade (15%). Percebe-se que as mulheres e os idosos são os que mais procuram os postos de saúde e os problemas mais detectados entre eles são: diabetes, hipertensão, lombalgia e dores articulares, tabagistas e etilistas, tuberculose, dengue e sífilis na gestação (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2019).

As crianças, em geral, são acometidas de viroses, resfriados, pneumonia e alguns casos de bronquite, asma e dengue. As mulheres se destacam no atendimento da área ginecológica, algumas com patologias como diabetes e hipertensão e sífilis na gestação. Alguns distúrbios da tireoide são comuns na zona rural entre o sexo feminino, há também alguns casos de obesidade.

A comunidade é bem agitada, com fluxo muito grande de pessoas que procuram as unidades de atendimento. Muitos não seguem as recomendações médicas e não fazem seus retornos periodicamente. Outros não seguem as orientações e não aderem facilmente ao tratamento. Não há mudanças no estilo de vida como reeducação alimentar e atividade física. Não há prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Na área de abrangência do PSF Bonanza, a população vive da prestação de serviços, pequenos mercadinhos, lojas de roupas e uma farmácia. O bairro é composto de chácaras e sítios nas proximidades.

Nossa área possui saneamento básico, que promove a saúde pública preventiva, reduzindo a necessidade de procura aos hospitais e postos de saúde, porque

elimina a chance de contágio por diversas moléstias. Na zona rural não há saneamento básico (SISAB, 2018).

O destino do lixo e do esgoto é feito pela Prefeitura de Santa Luzia (Quadro 1). Na zona rural a coleta é demorada, os moradores queimam seus lixos ou jogam em locais distantes das casas (SISAB, 2018).

As famílias atendidas pelo PSF Bonanza são divididas por microáreas, ou seja, são três microáreas. As microáreas são definidas como uma subdivisão de pequena extensão do território da Unidade Básica de Saúde, na qual seus habitantes possuem uma condição de vida homogênea, que pode determinar riscos à saúde.

Quadro 1 – Distribuição das famílias segundo o destino do lixo

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O DESTINO DE LIXO E MICROAREA DA ESF, 2018						
Microarea	1	2	3	4	5	TOTAL
Coletado	98%	0,00%	2,0%			100%
Queimado/enterrado*	3,0%	77%	20%			100%
Jogado	30 %	25%	45%			100%
Reciclado	0,00	0,00	0,00			0,00

FONTE: (SISAB, 2018)

Quanto aos dejetos na área urbana é feito pelo processo de saneamento básico pela Prefeitura de Santa Luzia (Quadro 2). Os dejetos na zona rural são pelo processo de fossas.

Quadro 2 – Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O DESTINO DOS DEJETOS E MICROAREA DA ESF, 2018						
Microarea	1	2	3	4	5	6
Sistema publico	95%	0,00	5,0%			
Fossa	2,0%	95%	3,0%			
Céu aberto	0,00	0,00	0,00			

FONTE: (SISAB, 2018)

A distribuição da água em Santa Luzia é realizada pela COPASA de Belo Horizonte (Quadro 3). A distribuição de energia elétrica é realizada pela Companhia CEMIG e atende a 99,05% do município, segundo cruzamento de dados fornecidos pela Concessionária e de acordo com a base de dados de Sistemas de Informações em Saúde (SISAB, 2018).

Quadro 3 – Distribuição das famílias segundo abastecimento de água

DISTRIBUICAO DAS FAMILIAS SEGUNDO O ABASTECIMENTO DE AGUA E MICROAREA DA ESF, 2018.						
Microarea	1	2	3	4	5	6
Sistema publico	100%	55%	70%			
Outro	0,00	45%	45%			

FONTE: (SISAB, 2018)

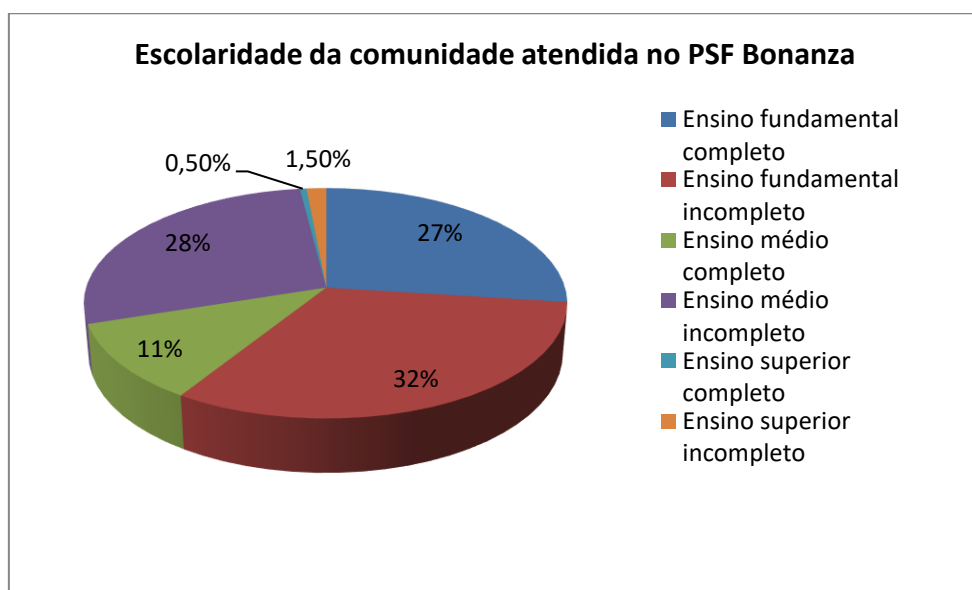
Esta unidade é composta por três microáreas, uma urbana, uma rural e uma mista (urbana e rural). Assim a cobertura da equipe de saúde Bonanza dá-se da seguinte forma: Zona rural e zona urbana.

O percentual da população analfabeta > que 15anos de idade segundo as microáreas de abrangência da ESF é de 6%. E o percentual de crianças menores de 14 anos de idade fora da escola segundo as microáreas de abrangência da ESF é de 2,1% (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA, 2019).

A nossa área de abrangência possui 11 escolas estaduais, 12 escolas municipais e 16 escolas privadas que atendem o ensino fundamental e o ensino médio e Possui três creches municipais. Pelo aumento da população em Santa Luzia, há um déficit de creches para atender as mães de baixa renda que trabalham o dia todo.

Segundo a prefeitura municipal de Santa Luzia (2019) a situação da escolaridade da comunidade atendida pelo PSF Santa Luzia está descrita no gráfico abaixo:

Figura 1 – Nível de escolaridade da comunidade atendida no PSF Bonanza em Santa Luzia – Minas Gerais



Outro problema enfrentado em Santa Luzia é a falta de atendimento médico especializado na rede pública. Apesar de ter muitos postos de atendimento, há déficit para atendimento com especialistas nos hospitais, pois a demanda é muito grande.

1.3 Sistema Municipal de saúde

Santa Luzia possui 61 estabelecimentos de saúde, sendo 22 deles privados e 39 municipais entre hospitais, prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos.

São 26 Unidades Básicas de Saúde espalhadas pelo município, sendo 19 UBS e sete ESF. Tem atenção especializada na rede, porém, o encaminhamento para especialistas demoram muito tempo, principalmente, na área de ortopedia e oftalmologia, cuja demanda é grande e demora em média um ano para conseguir a consulta.

Os pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio e logísticos são:

- ✓ ATENÇÃO PRIMARIA: 19 UBS e 7 ESF

- ✓ ATENÇÃO SAÚDE SECUNDÁRIOS: Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria; Psiquiatria; Cardiologia (Hospital Municipal Madalena Parrillo Calixto e Hospitais particulares), porém, a demanda é muito grande, dificultando o atendimento da população com especialistas, o que justifica a formação de longas filas de espera.
- ✓ ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Unidade de Pronto Atendimento (UPA): Hospital Municipal Madalena Parrillo Calixto; CAPS III Saúde Mental e Unidade de Pronto Atendimento SEDE.
- ✓ ATENÇÃO HOSPITALAR: possui, mas, como já foi dito anteriormente, a demanda é muito grande.
- ✓ APOIO DIAGNÓSTICO: Tele saúde; Cidade de referência (Belo Horizonte); possui assistência farmacêutica nas UBS e no Hospital Municipal, porém, o município enfrenta alguns problemas com falta de medicamentos e materiais nas unidades básicas de saúde.
- ✓ Sistemas Logísticos: O município conta com duas ambulâncias da secretaria de saúde, que não é suficiente para a demanda; possuímos prontuário eletrônico e o usuário possui o cartão de identificação dos usuários do SUS.

A referência e contrarreferência se faz por meio de encaminhamentos médicos.

O sistema de saúde da cidade é organizado em forma de rede, entretanto, ao mesmo tempo, com algumas características de um sistema fragmentado.

1.4A Unidade Básica de Saúde (PSF) Bonanza

Segundo Buss e Pellegrini (2017), a unidade básica de saúde (UBS) é baseada em sistemas de saúde que configuram um dos determinantes das desigualdades sociais nas condições de saúde. Dessa forma, as relações entre os determinantes da saúde-doença caracterizam o perfil sanitário de uma população, e consequentemente auxiliam a implementação de políticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde.

Desta forma, a implementação de políticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde depende de programas como o Programa de Saúde da

Família (PSF), que busca um modelo assistencial que seja adequado às necessidades da população local. Assim, podemos dizer que o PSF Bonanza, que está localizado na Estrada do Bananal, número 1166, bairro Bonanza, na cidade de Santa Luzia – Minas Gerais, busca um atendimento voltado para as necessidades da população, tendo como objetivos melhorias na qualidade de vida dos usuários.

Esta unidade é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma agendada (90%), que ocorre no período da tarde e de forma espontânea (10%), que ocorre no período da manhã, o que facilita oferecer uma assistência com classificação de risco e acolhimento.

A unidade do PSF Bonanza não é bem estruturada para atender as necessidades das pessoas da região, pois, o ambiente de atendimento é pequeno, por ser uma casa alugada, não é específica para o serviço que prestamos.

A demanda é muito grande. Temos atenção especializada, porém o agendamento é demorado por causa da demanda. No hospital, às vezes ocorre superlotação, mas conseguimos encaminhar atendimento de urgência. O mais difícil é conseguir ambulância para o transporte dos pacientes, pois existem apenas duas ambulâncias disponíveis no município para atender a demanda, e às vezes, ela não está disponível, sendo necessário chamar o SAMU.

A ambulância na unidade se torna essencial, pois a demanda de pacientes que necessitam ser transferidos para os hospitais é grande e economizaria tempo e recursos financeiros se a ambulância estivesse por conta dos serviços da unidade. Temos laboratório terceirizado para exames, porém, existe uma cota mensal, que é insuficiente. Temos consórcio em saúde. O consórcio intermunicipal de Saúde é uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas próximas que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços à população das cidades participantes.

Nesta unidade, a equipe está incompleta, faltam agentes comunitários de saúde. Temos uma médica, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e dois agentes.

Uma microárea está descoberta desde janeiro. Contamos também com um secretário, um auxiliar de serviços gerais. Ainda temos as visitas domiciliares.

A equipe busca, acima de tudo, atender o ser humano como um todo, levando em consideração seus aspectos físicos e psicológicos, levando em conta seus sentimentos e desejos quando a questão é a qualidade de vida, porém, com o fluxo grande de atendimento, fica impossível um atendimento com classificação de risco e com acolhimento.

Nesta unidade são realizados atendimentos médicos de agendamento e de demanda espontânea, são agendadas as visitas domiciliares com o médico e com a técnica de enfermagem.

1.5 Equipe de Saúde da Família Verde da Unidade Básica de Saúde (ESF) Bonanza

A equipe é composta por uma médica, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde (ACS). Apesar de poucos integrantes a equipe busca pensar na família como unidade de cuidado.

Apesar do déficit de ACS, procuramos atender da melhor forma possível as necessidades da comunidade, principalmente em relação aos grupos operativos e visitas domiciliares.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe Verde do PSF Bonanza

A Unidade de Saúde funciona das 08:00 às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência que é feita mensalmente.

Nas segundas agendamos 10 consultas pela manhã e 10 à tarde, além das demandas espontâneas que chegam e ainda temos que renovar as receitas de saúde mental (são 10 diariamente na presença do paciente, 5 atendimentos pela

manhã e 5 à tarde). Além dos serviços na unidade, fazemos de 10 a 12 visitas domiciliares por mês.

Visando à atenuação da fragmentação da assistência, o nosso trabalho é voltado para o trabalho multidisciplinar como prioridade para a Atenção Primária à Saúde (APS) e se constituiu na estruturação da Estratégia Saúde da Família.

A necessidade de organização dos serviços de saúde, de uma forma que atenda a população de maneira mais eficaz, criou a lógica das organizações de redes de atenção à saúde. Porém, em nossa unidade o trabalho em rede não funciona como deveria, primeiro porque não há economia de escala, ou seja, os custos médios diminuem e aumentam as atividades; segundo, os recursos financeiros, humanos e tecnológicos devem estar presentes em quantidade suficiente para atender à determinada demanda e expectativa da população, e a qualidade desses serviços deve atingir os níveis e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, o que não acontece; terceiro, é preciso que os serviços de saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente, o que, muitas vezes, também não acontece; quarto, engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos, o que também dificulta o trabalho em rede. Porém, estamos caminhando para esta realidade.

1.7 O dia a dia da equipe Verde

O trabalho da equipe, como foi dito anteriormente, é baseado no atendimento diário à população de Santa Luzia e Várzea (zona rural), O fluxo é muito grande, porém só temos cadastrados 1874 pacientes. Buscamos trabalhar com a prevenção de doenças e tratamento das doenças já instaladas.

A demanda espontânea é de 20% e a programada é de 80%. Buscamos fazer um atendimento com acolhimento, porém, por causa da demanda às vezes fica difícil, ocorrendo algumas falhas no processo.

A equipe está sempre voltada para campanhas e ações que possam ajudar a população no entendimento do que seja doença e saúde, do que seja prevenção de doenças para a qualidade de vida de crianças, adultos, idosos e gestantes.

O atendimento a alguns programas está baseado na saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. Há uma grande preocupação com gestantes portadoras de sífilis.

Nossa equipe está em constante processo e educação permanente.

Quadro 4 – Atividades da equipe de saúde do PSF Bonanza da cidade de Santa Luzia - MG

Atividade	Número de pacientes
Consultas médicas	1.874
Pré-natal (baixo risco)	65
Preventivos (Papanicolau)	902
Atendimento individual dos enfermeiros	987
Atividades educativas em grupo	12
Visitas domiciliares (Médico e Enfermeiro)	101
Visitas domiciliares (Agentes de saúde)	46

Fonte: produzido pela pesquisadora (2019)

Segundas, terças e quartas trabalham-se com ações de prevenção e promoção à saúde diferentes em cada dia. Nas quintas trabalha-se com as visitas a domicílio. O funcionamento é através de grupos: de diabetes, de obesidade, de tabagismo, de hipertensão, entre outros.

Estes grupos encaminham os pacientes para tratamentos adequados e especializados, como, por exemplo, apoio psicológico, fisioterapia e outros.

O funcionamento conta ainda com o apoio de alguns profissionais para o atendimento de diversas áreas, incluindo nutricionistas, odontólogos, psiquiatras, entre outros necessários para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

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

O primeiro passo da equipe foi detectar os problemas de saúde encontrados na comunidade para em seguida, trabalhar com os cuidados individualizados. A detecção desses problemas foi feita através da estimativa rápida. Porém a estimativa rápida não informa a real dimensão do problema, então a partir de um determinado dado tem-se que aprofundar o conhecimento sobre ele, às vezes necessitando de novos estudos.

Para que a estimativa rápida ocorra, é necessário em primeiro lugar, elaborar quais são as informações fundamentais e formular perguntas simples e rápidas para obtenção dessas informações; feito isso, deve-se escolher os métodos as quais essas perguntas serão aplicadas, a forma de obtenção de dados.

Desta forma os problemas de saúde do território e da comunidade encontrados foram:

- Alta prevalência de pacientes que sofrem de DM2;
- Alta prevalência de pacientes com dislipidemias;
- Alta prevalência de doenças cardiovasculares;
- Alta prevalência de obesidade entre os diabéticos;
- Inatividade física;
- Alta prevalência de hipertensos;
- Baixa adesão ao tratamento medicamentoso;
- Baixa adesão à terapia nutricional.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Dos problemas detectados, houve uma priorização das ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população com dislipidemias que são atendidos no PFS Bonanza na cidade de Santa Luzia - MG.

A escolha por pacientes com dislipidemia se deu pelo fato de que na unidade de saúde PSF Bonanza estar cadastrado um grande número de pacientes que sofrem com as dislipidemias, e estas representam importante fator de risco para a doença aterosclerótica, particularmente a coronariana. Ao longo dos anos têm se acumulado evidências de que o combate às dislipidemias traz benefícios a pacientes e diferentes níveis de risco cardiovascular.

É de extrema importância o tratamento para que não ocorram complicações por causa das dislipidemias, já que há dificuldades no acompanhamento por especialistas devido à alta demanda deste tipo de serviço na cidade.

Dados de estudos recentes de intervenção corroboram a informação fornecida pelos estudos epidemiológicos de que valores mais baixos de lipoproteínas potencialmente aterogênicas são acompanhados de benefícios maiores. Isso faz com que as diretrizes tragam recomendações de valores de perfil lipídico cada vez mais rigoroso (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

De acordo com o quadro abaixo podemos verificar que os problemas identificados fazem parte da realidade de muitas unidades de saúde. O problema que mais nos preocupa é a baixa adesão ao tratamento das dislipidemias. Tem-se na unidade PSF Bonanza de Santa Luzia – MG um número muito grande de pacientes com este problema e, por causa da gravidade do quadro clínico destes pacientes, tem-se aumentado o número de internações por causa de complicações que poderiam ser evitadas com a adesão à terapia nutricional, mudanças comportamentais como prática de atividade física e tratamento farmacológico.

Temos alta prevalência também de diabetes e doenças cardiovasculares, o que compromete ainda mais a situação dos pacientes usuários da unidade.

Quadro 5 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde – PSF Bonanza da cidade de Santa Luzia – MG

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Baixa adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias.	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de diabéticos	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de doenças cardiovasculares	Alta	5	Parcial	3
Alta prevalência de hipertensos	Alta	4	Parcial	4
Baixa adesão ao tratamento medicamentoso	Alta	4	Total	5
Baixa adesão à atividade física	Alta	4	Parcial	6

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Os países em desenvolvimento apresentam aumento da incidência de mortes por doenças cardiovasculares, principalmente em mulheres e na faixa etária a partir de 50 anos de idade. No Brasil, estudos indicam que as mortes por doenças circulatórias já se apresentam em declínio, mas ainda consistem na maior causa de morte da população (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

Estudos indicam que aproximadamente 30% das crianças e adolescentes apresentam um perfil desfavorável de lipoproteínas e peso corpóreo, fatores desencadeadores de doenças cardiovasculares, apontando para a necessidade urgente de intervenção em todas as faixas etárias (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

Entre os diversos fatores, as dislipidemias, caracterizadas por alteração no metabolismo lipídico, resultando na elevação do colesterol e/ou triglicérides, assumem um importante papel no desenvolvimento da gênese da aterosclerose e das doenças cardiovasculares.

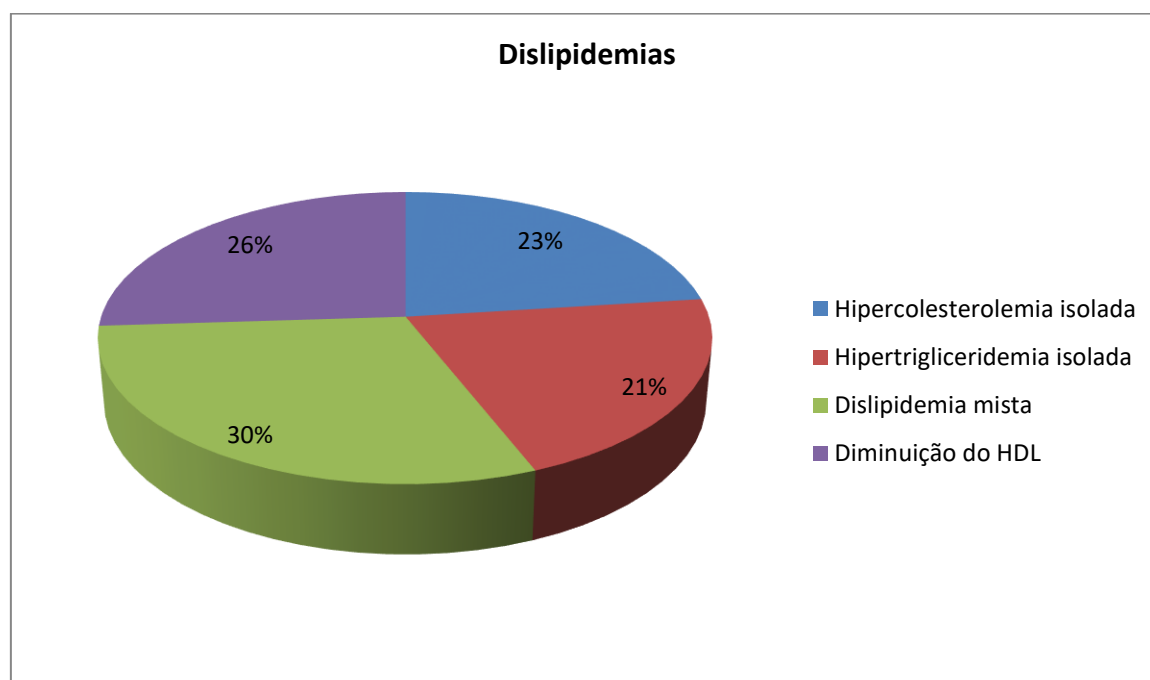
Há muito tempo já se conhece os efeitos do consumo de determinados nutrientes sobre os lipídios plasmáticos. Estudos epidemiológicos normalmente identificam as relações entre o consumo elevado de alimentos, como por exemplos, a soja, o azeite, o vinho e os peixes como fatores de proteção, ou também, o consumo elevado de gorduras ou de calorias como fatores que elevam os riscos de doenças do coração. Desta forma, desperta-se a atenção para determinados nutrientes ou hábitos alimentares, que posteriormente são investigados em estudos clínicos e experimentais, no sentido de determinar tipos e quantidades de alimentos ou compostos bioativos e identificar mecanismos, permitindo o melhor entendimento dessas relações e o uso deste conhecimento de forma positiva por outras populações (CUPPARI, 2009).

O emagrecimento é a terapia mais eficaz na redução dos lipídios e lipoproteínas plasmáticas, além de promover melhora em diversos marcadores da síndrome metabólica, como circunferência abdominal, pressão arterial; diminuir a incidência e melhorar o controle do diabetes, etc. (CUPPARI, 2009).

A redução do peso corrige a hipertrigliceridemia pela diminuição da secreção hepática de VLDL. Dessa maneira, a ênfase na redução de peso por meio de restrição energética e a adequação da dieta, e aumento do gasto energético pela prática de atividade física devem ser os pontos de partida para o tratamento sempre que houver sobrepeso e obesidade, ou ainda, o ganho progressivo de peso (CUPPARI, 2009).

Na unidade de saúde PSF Bonanza foram contabilizados 234 pacientes com sobrepeso e 136 com obesidade grau I ou II, somando 370 pacientes que estão com dislipidemias. De acordo com os registros nos prontuários dos pacientes temos os resultados encontrados na figura 1.

Figura 2 – Dislipidemias primárias no PSF Bonanza – Santa Luzia - MG



Fonte: PSF Bonanza (2020)

Assim, dos 370 pacientes com dislipidemias, 75% estão em risco para doenças cardiovasculares, o que justifica a intervenção imediata com a implantação de ações de promoção e prevenção de doenças. A maior dificuldade encontrada entre os pacientes é a baixa adesão à terapia nutricional e baixa adesão ao tratamento farmacológico, o que dificulta a prevenção de complicações.

O tema foi baseado no fato de que 370 pacientes possuem dislipidemias, um número considerado grande para o PSF Bonanza em Santa Luzia – MG. Porém, a maior parte desses pacientes possui sobrepeso e/ou obesidade, com quadro clínico de dislipidemias e com risco para doenças cardiovasculares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias atendidos no PSF Bonanza de Santa Luzia - MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os pacientes do PSF Bonanza que estão com dislipidemias;
- Fazer um cadastro dos pacientes com dislipidemias, atendidos na unidade de saúde do PSF Bonanza;
- Realizar planejamento de intervenção farmacológica;
- Aumentar gasto energético através de programas de atividade física;
- Redução das complicações do diabetes mellitus;
- Redução de peso corporal;
- Agendar consultas periódicas de retorno para acompanhamento dos pacientes com dislipidemias;
- Planejar grupos de acompanhamento com nutricionista, enfermeira, educador físico e fisioterapeuta, entre outros;
- Planejar busca ativa de novos casos de dislipidemias;
- Planejar busca ativa de faltosos nas consultas e nas reuniões com o grupo operativo;
- Propor forma de acompanhamento de resultados para esses usuários como progressos, internações e complicações.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste projeto, primeiramente, verificou-se quais os problemas prevalentes na comunidade. A identificação destes problemas ocorreu após a coleta de dados através do Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário. Este instrumento nos proporcionou verificar todos dos problemas existentes na comunidade e, principalmente aqueles que mais precisam de intervenções, já que afetam grande número de usuários da unidade. Em seguida, foram estabelecidos os nós críticos para em seguida, fazer o desenho das operações (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Antes do desenho das operações foi necessária uma busca na literatura científica para identificar as melhores práticas para enfrentar esse problema. Esta busca foi feita através dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Dislipidemias; riscos cardiovasculares; síndrome metabólica e adesão ao tratamento.

As bases de dados consultadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Internacional em ciências da saúde (MEDLINE) e Scientific Eletronic Library online (SciELO).

Os artigos pesquisados foram em língua portuguesa e inglesa e foram publicados nos últimos 10 anos. Os artigos versam sobre a temática proposta e dão subsídios teóricos para a construção de argumentos necessários para o plano de intervenção. Para a coleta de dados dos pacientes foi usada uma pesquisa observacional dos pacientes atendidos pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no período de abril a novembro de 2019.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018). Assim, foi possível seguir um modelo padrão para um projeto de intervenção que pudesse, posteriormente, ser aplicado em nossa ou em qualquer outra unidade que necessitasse.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Dislipidemias

As dislipidemias representam importante fator de risco para doença aterosclerótica, particularmente a coronariana. Ao longo dos anos têm acumulado evidências de que o combate às dislipidemias traz benefícios a pacientes em diferentes níveis de risco cardiovascular (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

Dados de estudos recentes de intervenção corroboram a informação fornecida pelos estudos epidemiológicos de que valores mais baixos de lipoproteínas potencialmente aterogênicas são acompanhados de benefícios maiores. Isso faz com que as diretrizes tragam recomendações de valores de perfil lipídico cada vez mais rigoroso (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

Entretanto, existe grande hiato entre o conhecimento científico e sua aplicação na prática diária. Isso é traduzido pelo fato de que a maioria dos pacientes para os quais há indicação de tratamento hipolipemiante não o recebe. Quando esse tratamento é oferecido, na maior parte das vezes, por falta de motivação dos médicos ou equipe de saúde e/ou até mesmo dos pacientes, as metas terapêuticas não são atingidas (JESUS *et al.*, 2018).

Um dos grandes óbices à adequação do tratamento é a falta de uma cultura médica voltada à prevenção. Daí a necessidade de se discutirem os problemas enfrentados no dia a dia do diagnóstico e do tratamento das dislipidemias (JESUS *et al.*, 2018).

Etiologia e fisiopatologia das dislipidemias

As dietas dos países ocidentais apresentam em média 30 a 40% do total de energia da dieta sob a forma de gordura, porém, recentemente, com a progressiva modernização da sociedade, a inclusão da mulher no mercado de trabalho e o excesso na oferta de alimentos mais práticos e industrializados têm-se observado o consumo excessivo de energia e gorduras, principalmente as saturadas e hidrogenadas em detrimento das insaturadas e de fibras, além da diminuição da

atividade física. Consequentemente, há aumento da prevalência de obesidade e de doenças crônicas como as dislipidemias, inclusive nas faixas etárias mais jovens, e o aumento da incidência de doenças do coração (STADLER *et al.*, 2011).

Pela classificação etiológica, as dislipidemias são classificadas como de origens genéticas (causa primária). As causas secundárias estão relacionadas a outras doenças ou até mesmo, ao uso de medicamentos (GARCEZ *et al.*, 2014).

Na tabela abaixo se tem os valores de referência de lipídios e lipoproteínas e são válidos para indivíduos com idade superior a 20 anos (CUPPARI, 2009).

Tabela 1 – Valores de referência de lipídios e lipoproteínas em adultos > de 20 anos

Lipídios	Valores (mg/dL)	Categoria
Colesterol	<200	Ótimo
	200 a 239	Limítrofe
	>239	Alto
LDL-colesterol	<100	Ótimo
	100 a 129	Desejável
	130 a 159	Limítrofe
	160 a 189	Alto
	>189	Muito alto
HDL-colesterol	<40	Baixo
	>59	Ótimo
Triglicérides	<150	Ótimo
	150 a 200	Limítrofe
	201 a 499	Alto
	>499	Muito alto

Fonte: (CUPPARI, 2009)

A forma mais frequente na população é a hipercolesterolemia poligênica, sendo que seu defeito genético não foi ainda identificado. A hiperlipidemia familiar combinada (HFC) é a segunda mais comum das hiperlipidemias genéticas, aumentando de 1 a 2% da população geral e 10 a 20% de pacientes com infarto agudo do miocárdio (GARCEZ *et al.*, 2014).

Como causa secundária, especificamente o hipotireoidismo, por redução nos receptores B/E, e a síndrome nefrótica, por aumento de apo B, podem causar elevação da LDL. No diabetes, a elevação do colesterol se deve ao aumento da glicação de partículas de LDL; a obesidade, o diabetes, o alcoolismo, a insuficiência renal crônica, a síndrome de Cushing, a AIDS, o uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteroides, hormônios esteroides e anabolizantes promovem o aumento dos triglicérides; o sedentarismo, o fumo, a obesidade, o diabetes e o próprio aumento da trigliceridemia ocasionam a redução da HDL (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

Desta forma, de modo geral, a síndrome metabólica parece estar diretamente envolvida, principalmente pela resistência à insulina e por alterações no metabolismo de lipídios, na elevação dos lipídios plasmáticos e nas dislipidemias. Uma das mais importantes abordagens para a prevenção e o tratamento da síndrome metabólica e das dislipidemias secundárias é a mudança comportamental, com ênfase na alimentação saudável e no emagrecimento (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

Além disso, a maioria dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares, apontada pela literatura, está relacionada ao hábito alimentar inadequado. Uma importante revisão recentemente publicada aponta os diversos mecanismos pelos quais os fatores nutricionais influenciam nas diversas etapas da aterogênese, valorizando a necessidade de agir sobre os aspectos alimentares das populações (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Alterações que podem ocorrer com o tratamento farmacológico das dislipidemias

Alterações hepáticas podem ocorrer com altas doses de ácido nicotínico (CUPPARI, 2009).

Os efeitos colaterais observados na terapêutica com fibratos não são frequentes, sendo os mais comuns os gastrointestinais. Podem ocorrer: cefaleia, mialgia, perturbação do sono, alopecia, prurido, erupção cutânea e, muito raramente, leucopenia (SOUZA *et al.*, 2019).

A Colestiramina é um fármaco que atua predominantemente sobre as concentrações de colesterol e LDL, com reduções de 15% a 30%, na dependência da dose empregada. Entretanto, podem elevar as taxas de triglicérides, em geral de maneira discreta e transitória, por aumento da síntese hepática de VLDL. Portanto, deve ser utilizada com cuidado (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

As Vastatinas, por sua vez, são medicamentos que também atuam predominantemente no colesterol, podem apresentar reduções de triglicérides, porém são relativamente de pequena intensidade (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

Nesse caso, deve-se escolher medicamentos que tenham ação predominante sobre os triglicérides, como os fibratos ou o ácido nicótico. Quanto ao uso do ácido nicótico, deve-se ficar atento aos efeitos adversos como: aumento das enzimas hepáticas, rubor facial, náuseas, epigastralgia, aumento da glicose e do ácido úrico. Sempre se deve iniciar o tratamento com doses baixas e aumentar progressivamente até a obtenção das metas terapêuticas estabelecidas pelas diretrizes. Com isso, se reduzirá o risco de ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, da necessidade de interrupção do tratamento instituído (BERTOLAMI; FALUDI, 2015).

O tratamento inicial adequado é insistir na dieta e atividade física. Depois de afastadas as causas secundárias, o tratamento sempre deve ser iniciado com fibrato. Às vezes, se obtém resultados satisfatórios com a utilização de um medicamento isoladamente, e, além do mais, a associação de medicamentos hipolipemiantes deve ser realizada com cautela, pois aumentam o risco de ocorrência de eventos adversos, entre os quais a toxicidade musculoesquelética (CUPPARI, 2009).

Porém, alguns casos de dislipidemias necessitam de associação de medicamentos, e que, todo medicamento possui algum tipo de efeito colateral, ainda mais quando há a associação de mais de dois medicamentos, motivo pelo qual, muitos pacientes abandonam o tratamento (CUPPARI, 2009).

Aspectos nutricionais associados às dislipidemias

Os nutrientes ou compostos bioativos e manejos nutricionais que sabidamente influenciam as concentrações plasmáticas de triglicérides, colesterol e frações serão apresentados a seguir, assim como os seus mecanismos de ação e as medidas alimentares que colaboram no tratamento de dislipidemias e na prevenção de eventos cardiovasculares (GARCEZ *et al.*, 2014).

- Colesterol e Fitoesteróis

O colesterol é um álcool que se encontra livre (90%) ou dissolvido nas gorduras de origem animal sob a forma esterificada (10%). Após o consumo, sua absorção média é de 50%, sendo o restante secretado junto às fezes. Seu transporte e armazenamento no organismo humano são feitos principalmente na forma esterificada, que é crucial para a manutenção das estruturas de membranas celulares, pois na forma livre sua estrutura é muito rígida. Além do colesterol exógeno, proveniente da dieta, o próprio organismo o sintetiza de forma autorreguladora, produzindo por volta de 20 mg de colesterol por quilo de peso por dia (SPOSITO *et al.*, 2007).

O seu equilíbrio corpóreo é fundamental para suprir as necessidades fisiológicas, tais como a estrutura de membranas celulares e a sua armazenagem em alguns tecidos corpóreos, como o fígado, o cérebro e o tecido adiposo, de onde é direcionado para importantes funções metabólicas, como a síntese de hormônios e de secreção biliar (SPOSITO *et al.*, 2007).

Durante muito tempo, os alimentos ricos em colesterol foram contraindicados e considerados grandes vilões aterogênicos. Mais recentemente, estudos epidemiológicos voltaram a evidenciar que o consumo moderado de colesterol (até 200 mg/dia) tem associação fraca com o risco de eventos coronarianos e não acarreta prejuízos à saúde de indivíduos saudáveis (MARTINEZ; NASCIMENTO; MORAES, 2015).

Os Fitoesteróis são componentes estruturais das células dos tecidos vegetais e classificam-se em estanois e esteróis; possuem grande afinidade físico-química pela micela formada na luz intestinal, deslocando o colesterol para fora da mesma, reduzindo a eficiência da sua absorção intestinal e, conseqüentemente, suas concentrações plasmáticas. A absorção dos próprios Fitoesteróis é muito pequena, correspondendo a aproximadamente 10% da capacidade intestinal de absorção do colesterol, e, portanto, o seu consumo tem sido considerado seguro (MARTINEZ; NASCIMENTO; MORAES, 2015).

Atualmente sabe-se que a suplementação alimentar com Fitoesteróis inibe a progressão de placas ateroscleróticas pré-formadas e que seu uso combinado com estatinas oferece benefício adicional ao tratamento em indivíduos dislipidêmicos (MARTINEZ; NASCIMENTO; MORAES, 2015).

- Ácidos graxos saturados

Lipídios são componentes insolúveis em água e solúveis em solventes orgânicos como clorofórmio e o metanol. Os mais relevantes na dieta humana são os triglicérides, representando 98% da gordura da dieta, os diglicéridios, os fosfolipídios e os esteróis, compostos pelo colesterol e fitoesterol. As principais fontes alimentares de triglicérides são as gorduras animais e os óleos vegetais, compostos por uma molécula de glicerol ligada a três ácidos graxos, que podem ser saturados ou insaturados (PIZZI *et al.*, 2013).

Os ácidos graxos saturados são abundantemente encontrados nos alimentos de origem animal. De modo geral, seu consumo eleva as concentrações plasmáticas de todas as frações de colesterol total e, em maiores proporções, da LDL (PIZZI *et al.*, 2013).

- Ácidos graxos *trans*

São produzidos a partir de ácidos graxos insaturados, pelo processo de hidrogenação catalítica. Esse procedimento confere aos óleos vegetais a consistência sólida à temperatura ambiente, pois, em parte, desloca hidrogênio das

duplas ligações da posição *cis* para a posição *trans* e, em parte, insere hidrogênio nas duplas ligações, tornando-as saturadas (LOTTENBERG, 2009).

Além de constituir o mais prejudicial tipo de gordura para o metabolismo lipídico, os ácidos graxos *trans* têm revelado enorme potencial oxidante e inflamatório, podendo aumentar a incidência de doenças cardíacas independentemente das concentrações de lipoproteínas (LOTTENBERG, 2009).

- Ácidos graxos insaturados

Óleos vegetais são basicamente compostos por ácidos graxos monoinsaturados e poliinsaturados, em proporções que variam de acordo com a fonte de extração. Por exemplo, há maiores quantidades de ácidos graxos monoinsaturados nos óleos de oliva, de canola e de girassol; enquanto óleos de soja e de milho prevalecem em poliinsaturados (LOTTENBERG, 2009).

Os ácidos graxos monoinsaturados também reduzem a colesterolemia e a LDL, porém, em menor proporção do que os poliinsaturados, provavelmente porque reduzem a produção de apo B sem alterar o seu catabolismo. Além disso, parecem não alterar, ou pelo menos reduzem menos, a HDL plasmática (LOTTENBERG, 2009).

- Ácidos graxos poliinsaturados ômega-3

O consumo destes ácidos reduz a trigliceridemia de jejum em 15 a 20%, quando consumido por indivíduos saudáveis. Indivíduos hiperlipidêmicos se beneficiam mais da sua suplementação: os triglicérides diminuem aproximadamente 20 a 45%, com quantidades maiores que 3 g/dia por mais de quatro semanas (CABALÉ *et al.*, 2005).

Estes ácidos graxos promovem também uma discreta elevação da LDL com diminuição das LDL pequenas e densas, provavelmente pela diminuição do clearance e menor expressão do receptor de LDL e torna ainda as LDL menos suscetíveis à oxidação (CABALÉ *et al.*, 2005).

- Outros componentes alimentares

A ingestão elevada de álcool, o uso de frutose na forma livre em grande quantidade, e a restrição de sal são características alimentares que proporcionam elevação crônica dos triglicérides plasmáticos nos períodos de jejum e no pós-alimentar. De modo geral, a correção desses fatores para as quantidades recomendadas é suficiente para anular seus efeitos indesejáveis (CABALÉ *et al.*, 2005).

Em especial, o consumo de álcool deve ser proibido para indivíduos hipertrigliceridêmicos.

5.2 Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento vem caindo ao longo do tempo, especialmente no tratamento de doenças crônicas. Estudos evidenciaram taxa de adesão de 43-78 % entre pacientes com doenças crônica (STADLER *et al.*, 2011).

Alguns fatores interferem na adesão ao tratamento como: idade, grau de escolaridade, condições socioeconômicas apoio familiar, interesse do paciente em buscar melhorias; efeitos colaterais dos medicamentos; interação medicamentosa; interesse em mudar hábitos alimentares e estilo de vida, entre outros (CUPPARI, 2009).

Os efeitos colaterais dos medicamentos demonstraram importância significativa para a baixa adesão ao tratamento (STADLER *et al.*, 2011).

Um estudo de Tavares *et al.* (2016, p. 8s), denominado “Adesão ao tratamento de doenças crônicas no Brasil”, enfatiza que, “a adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade das pessoas de seguir o tratamento” como: falta de disponibilidade dos medicamentos nas unidades de saúde pública; a complexidade do esquema terapêutico; deficiência no processo de comunicação entre médicos e outros profissionais da saúde e pacientes; falhas na integralidade do processo de cuidado, entre outros.

Conforme manuais do Ministério de Saúde, a abordagem para adesão e casos de abandono do tratamento deve ser centrada a partir da realidade do paciente, levando em consideração aspectos éticos importantes e peculiaridades da doença. A não adesão ao tratamento pode ser determinada por aspectos de diferentes naturezas: socioeconômicos e culturais, psicológicos, institucionais e advindos da relação profissional de saúde com o usuário (BRASIL, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, p. 17):

Dentre os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento encontram-se aqueles ligados ao tratamento em si (complexidade da farmacoterapia, duração do tratamento, custo do tratamento e reações adversas), à condição de saúde (doenças crônicas, condições assintomáticas e condições com prognóstico ruim), ao paciente (baixa literacia em saúde, limitações cognitivas e funcionais, conhecimento sobre as condições de saúde, conhecimento sobre os medicamentos, dificuldades físicas e motoras, crenças, preocupações, percepção do paciente sobre seu estado de saúde e seu tratamento), fatores sociais e econômicos (falta de suporte familiar e social, crenças culturais, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de acesso aos medicamentos) e fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde (falta de acompanhamento e orientação das pessoas, problemas na seleção, programação, aquisição e distribuição dos medicamentos).

Há evidência de investigação sintetizada disponível sobre um número de estratégias que abordam muitos dos componentes das intervenções voltadas para melhorar a adesão por meio de técnicas educacionais, motivacionais e cognitivas, e sobre um número de estratégias para melhorar a adesão por meio de sistemas de lembretes, definidos como mensagem de texto, pager ou telefonema. A formação de grupos é uma ação importante, já que o compartilhamento de experiência e de processo de vigilância pode contribuir para o aumento da adesão ao tratamento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição dos problemas selecionados

O tema escolhido para ser abordado é a alta prevalência de pacientes com dislipidemias atendidos no PSF Bonanza na cidade de Santa Luzia - MG.

As questões levantadas mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de dentre os 370 pacientes que frequentam o PSF Bonanza sofrem com dislipidemias, destes, 188 fazem uso de medicamentos e 127 não aderiram ao tratamento medicamentoso, o que muito nos preocupa, 156 mudaram seus hábitos alimentares, 78 começaram a praticar exercícios físicos.

Tabela 2 – Descritores do problema

Descritores do Problema	Quantidade	Fonte
Pacientes com dislipidemias, cadastrados na unidade	370	Registro da Equipe
Pacientes que aderiram ao tratamento medicamentoso	188	Registro da Equipe
Pacientes que não aderiram ao tratamento medicamentoso	127	Registro da Equipe
Pacientes que mudaram hábitos alimentares	156	Registro da Equipe
Pacientes que aderiram à atividade física	78	Registro da Equipe

Fonte: (UBS BONANZA, 2019)

6.2 Explicação do Problema selecionado

Entre os diversos fatores, as dislipidemias, caracterizadas por alterações no metabolismo lipídico, resultando na elevação de colesterol e/ou triglicérides, assumem um importante papel no desencadeamento da gênese da aterosclerose e das doenças cardiovasculares.

A gordura de origem alimentar e a endógena são transportadas no plasma através das lipoproteínas, que são as partículas esféricas constituídas por colesterol-éster e triglicérides, em seu núcleo, e por fosfolipídios, colesterol livre e apolipoproteínas, na superfície. Os triglicérides são substrato energético para o fígado e tecidos periféricos. Os fosfolipídios, o colesterol livre e as apolipoproteínas conferem solubilidade às partículas, criando condições físico-químicas para que os triglicérides, o colesterol-ésteres e as vitaminas lipossolúveis possam ser transportadas em meio aquoso. As apolipoproteínas possuem, ainda, função relevante no direcionamento metabólico das lipoproteínas, garantindo a captação destas pelo fígado e pelas células extra-hepáticas (CUPPARI, 2009).

As lipoproteínas classificam-se em quilomícrons – densidade $<0,95$ g/mL; lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL) – densidade $<1,006$ e $1,019$ g/mL; lipoproteínas de densidade intermediária (IDL) – densidade entre $1,019$ e $1,063$ g/mL; e as lipoproteínas de alta densidade (HDL) – densidade entre $1,063$ e $1,210$ g/mL (CUPPARI, 2009).

As lipoproteínas no plasma são continuamente remodeladas durante o trânsito no compartimento plasmático, em razão da ação de enzimas e de proteínas de transferência. Devido à sua composição as lipoproteínas desempenham funções específicas no organismo (BERTOLAMI; FALUD, 2015).

Os triglicérides alimentares, juntamente com o colesterol, são absorvidos através dos quilomícrons, partículas formadas exclusivamente nas membranas intracelulares do enterócitos, no duodeno e jejuno. Na circulação sanguínea, os triglicérides dos quilomícrons são hidrolisados pela enzima lipoproteína-lipase, localizada na superfície endotelial dos capilares dos tecidos extra-hepáticos, cujo co-fator ativador é a apolipoproteína CII (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Os lipídios captados do plasma pelo fígado são, em parte, secretados por este órgão na circulação, sob a forma de VLDL. A estrutura da VLDL e sua composição em apolipoproteínas têm muita semelhança com os quilomícrons. As células hepáticas, comparadas com os enterócitos, produzem maior quantidade de apo B, que é incorporada às VLDL e é considerada crítica no processo de secreção da partícula.

A apolipoproteína B de origem hepática (apolipoproteína B-100) tem peso molecular maior do que a de origem intestinal (apolipoproteína B-48) (CUPPARI, 2009).

A maior parte das LDL (aproximadamente 75%) é removida da circulação pelo fígado e, o restante, pelos tecidos extra-hepáticos. As partículas circulantes ligam-se aos receptores celulares, resultando em um complexo LDL-receptor, que é internalizado e degradado nos lisossomos das células. Aproximadamente 2/3 das LDL circulantes são removidos via receptor específico (receptor B/E). a captação de colesterol das LDL induz à redução dos receptores dessas partículas e inibe a atividade da enzima hidroximetilglutaril: coenzima A redutase, enzima chave na biossíntese do colesterol; e ativa a enzima acil-coenzima A: colesterol-acil-transferase (ACAT), que esterifica o colesterol (ALVAREZ *et al.*, 2008).

As LDL em excesso na circulação contribuem para a formação das placas de ateroma. São modificadas por oxidação na íntima arterial (ALVAREZ *et al.*, 2008).

Assim, estudos consideram a elevação dos triglicérides e do colesterol plasmático como fatores de risco de maior importância para as doenças cardiovasculares, pois desencadeiam processos ateroscleróticos.

Diante da complexidade que envolve as dislipidemias, a equipe de saúde do PSF Bonanza tem se preocupado com o alto número de pacientes que não aderem ao tratamento, seja ele medicamentoso, seja mudanças no estilo de vida (mudanças nos hábitos alimentares e prática de atividade física). A falta de adesão tem contribuído para piora do quadro clínico do paciente, assim como para complicações do estado de saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos

Abaixo os “nós-críticos” para o enfrentamento desta doença:

1. Falhas no processo de comunicação da equipe de saúde com o paciente;
2. Nível de informação da população insuficiente quanto aos problemas causados pelas dislipidemias;

3. Dificuldades para mudanças comportamentais e culturais, principalmente em relação á atividade física e terapia nutricional.

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

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 1 relacionado ao problema “ Baixa adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias ” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – Bonanza do município de Santa Luzia - MG

Nó crítico 1	Falha no processo de comunicação da equipe de saúde com o paciente.
6º passo: operação (operações)	Oferecer treinamento à equipe de saúde para melhor atendimento e assistência, facilitando a interação entre profissional e usuário; promover encontros com a equipe e usuário para atividades sobre adesão ao tratamento; promover acompanhamento do usuário em tratamento pela equipe multidisciplinar.
6º passo: Projeto	Comunicação para a saúde.
6º passo: Resultados esperados	Interação e confiança entre equipe de saúde e usuários.
6º passo: Produtos esperados	Promoção à saúde; treinamento para profissionais de saúde e usuários para facilitar o processo de comunicação e interação entre eles; educação continuada de profissional.
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Político: conseguir espaço para reuniões de grupos; mobilização para as campanhas; autorização para treinamento e aperfeiçoamento da equipe; oferta de cursos para a equipe de saúde. Financeiro: Para recursos com minicursos e treinamentos de equipe de saúde; contratação de novos agentes de saúde para acompanhamento de usuários em tratamento.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Conseguir espaço para reuniões e encontros; conseguir autorização para equipe participar de cursos e palestras com o intuito de melhorar o processo de comunicação; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas informando sobre atendimento e assistência com qualidade; recursos para investir na educação continuada de profissionais de saúde.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde para demonstração das necessidades de melhorias.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ gestor da unidade e secretário da saúde. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente para verificar os resultados; verificar acompanhamento de pacientes para verificar melhorias no atendimento e na assistência; avaliação de competências e avaliação de resultados com toda a equipe de saúde.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 2 relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias ” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – Bonanza do município de Santa Luzia - MG

Nó crítico 2	Nível de informação da população insuficiente quanto aos problemas causados pelas dislipidemias.
6º passo: operação (operações)	Promover encontros de grupos de usuários para incrementar adesão ao tratamento medicamentoso, discutir sobre adequação alimentar ao tratamento e a importância da atividade física no controle dessa afecção; distribuir cartilhas com informações sobre a doença; fazer visitas domiciliares para dar informações sobre a doença e tratamento.
6º passo: Projeto	Saúde é qualidade de vida
6º passo: Resultados esperados	Compreensão e ação por parte dos usuários em entender sobre a doença, compreender sobre a necessidade de mudar seus hábitos alimentares e aderir ao tratamento.
6º passo: Produtos esperados	Melhoria na qualidade de vida da comunidade. Pacientes informados e conscientes da situação e da necessidade de tratamento.
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas; aumento do número de agentes de saúde para atender a demanda; usar a escola como agente de informação auxiliar. Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; recursos para campanhas e mobilizações em favor da informação e educação em saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Conseguir espaço para os encontros; melhorar a estrutura física das UBS. Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas informando sobre a dislipidemia e doenças cardiovasculares e dicas sobre boa alimentação e atividade física.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os pacientes que sofrem de dislipidemia; formação de grupos de apoio aos pacientes e grupos operativos com portadores de obesidade, diabetes e dislipidemias.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos\ Enfermeiros\ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente para verificar os resultados; visitas domiciliares para verificar o nível de informação da população sobre as dislipidemias e suas complicações; reuniões mensais para repassar os resultados para os grupos e para toda a equipe de saúde.

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 3 relacionado ao problema “ Baixa adesão ao tratamento de pacientes com dislipidemias ” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família – Bonanza do município de Santa Luzia - MG

Nó crítico 3	Dificuldades para mudanças comportamentais e culturais, principalmente em relação á atividade física.
6º passo: operação (operações)	Discussão com grupos de usuários sobre a importância das mudanças comportamentais; mudanças nos hábitos alimentares e prática de atividade física. Distribuir cartilhas sobre boa alimentação para a prevenção de doenças; promover atividades físicas como incentivo; aumentar gasto energético através de prescrição de atividades físicas para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis; acompanhamento de tratamento através de visitas domiciliares e consultas periódicas. .
6º passo: Projeto	Saúde é qualidade de vida
6º passo: Resultados esperados	Mudanças comportamentais, vida ativa e saúde.
6º passo: Produtos esperados	Melhoria na qualidade de vida da comunidade; Pacientes mais saudáveis e sem riscos de complicações.
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas; aumento do número de agentes de saúde para atender a demanda; usar a escola como agente de informação auxiliar. Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; recursos para campanhas e mobilizações em favor da informação e educação em saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Conseguir espaço para as palestras; melhorar a estrutura física das UBS. Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas informando sobre a dislipidemia e doenças cardiovasculares e dicas sobre boa alimentação e atividade física.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os pacientes que sofrem de dislipidemia; formação de grupos de apoio aos pacientes e grupos operativos com portadores de obesidade, diabetes e dislipidemias.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos\ Enfermeiros\ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente para verificar os resultados; visitas domiciliares para verificar a adesão à terapia nutricional e prática de atividades físicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos feitos, chegou-se à conclusão de que os pacientes atendidos na UBS Bonanza em Santa Luzia necessitam de intervenções imediatas, já que possuem valores severamente elevados de triglicérides e/ou quilomícrons. A terapia nutricional deve focar na redução da ingestão de gordura total da dieta em no máximo 15% do valor energético total. A ingestão para esses casos deve ser: 25 a 35% de gorduras, até 10% de ácidos graxos poliinsaturados, até 20% de monoinsaturados, no máximo 7% de saturados e 200 mg de colesterol/dia, com ingestão mínima de ácidos graxos trans. Recomenda-se ainda, 2 a 3g de fitoesterol/dia no tratamento da hipercolesterolemia moderada.

É importante também a indicação de exercícios físicos regulares com ou sem monitoramento. É consenso também que, é preciso acompanhar o tratamento medicamentoso, uma vez que ele tem a função de reduzir riscos de complicações e até mesmo óbitos no caso das dislipidemias.

Acredita-se que as ações propostas neste projeto possam contribuir para a redução do problema, assim como evitar as complicações das dislipidemias.

A intenção é após um mês da implantação do projeto é produzir um relatório com os resultados alcançados para demonstrar e comprovar a viabilidade do projeto.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, M.M.; VIEIRA, A.C.R.; SICHERI, R.; VEIGA, G.V. Associação das medidas antropométricas de localização de gordura central com os componentes da síndrome metabólica em uma amostra probabilística de adolescentes de escolas públicas. **ArqBras Endocrinol Metabol.**, v.52, n.4, p.649-57, 2008.

BERTOLAMI, M. C.; FALUDI A. A. **Dislipidemias**: casos clínicos. São Paulo: Atha Comunicação e Editora, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** / Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 12, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CABALÉ VILARIÑO, M.B. et al.. Incidencia de las dislipidemias y surelación con la cardiopatía isquémica en la población del Policlínico “Héroes del Moncada”. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, v.21, n.5-6, 2005.

CORREA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Monole, 2009.

DATASUS, Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre saúde/doença**, Acesso em 2010 nov. 20]. Disponível em www.datasus.gov.br, 2006.

FALUDI, A. A., BERTOLAMI, M. C. (2015). Estratégia no seguimento a longo prazo de pacientes dislipidemicos sob tratamento farmacológico. **Rev SocCardiol**, v.15, n.6, p. 574-578.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 118p.

GARCEZ, M. R.; PEREIRA, J. L.; FONTANELLI, M. M.; MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Prevalência de dislipidemia segundo Estado Nutricional em amostra representativa de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 6, 2014.

GUIMARÃES, S., MOURA, D., SILVA, P. S. (2016). **Terapêutica Medicamentosa e as suas Bases Farmacológicas**, Porto Editora, 5ª Edição, Porto, Portugal.

IBGE. **Dados demográficos das cidades**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/institutobrasileirodegeografiaeestatistica> Acesso em 28. Jun. 2019.

JESUS, L. M.; COLOMBO, T. E.; CAMILO, N. S. R.; BARBOSA, M. A. I. Influência da dislipidemia no surgimento e agravamento de cardiopatias em adultos na cidade de Barretos – SP. **J. Health Sci. Insti.** v. 36, n. 1, p.19-21, 2018.

LOTTENBERG, A.M.P. Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular. **ArqBras Endocrinol & Metab.**, v.53, n.5, p.595-607, 2009.

MARTINEZ, T. L., NASCIMENTO, H. M., MORAES, C. A. (2005). Tratamento não farmacológico das dislipidemias: o que os estudos nos ensinaram. **Rev SocCardiol**, v.15, n.4, p. 496-505, 2005.

PIZZI, J.; SILVA, L.R.; MOSER, D.; LEITE, N. Relação entre aterosclerose subclínica, pressão arterial e perfil lipídico em crianças e adolescentes obesos: uma revisão sistemática. **ArqBras Endocrinol Metab**, v.57, n.1, p.1-6, 2013.

SOUZA, N. A.; VIEIRA, S. A.; FONSECA, P. C. A.; ANDREOLI, C. S.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C. Dislipidemia familiar e fatores associados no perfil lipídico em crianças. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n.1, p.323-332, 2019.

SPOSITO, A. C. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **ArqBrasCardiol**. v.88, supl.1, p.2-19, 2007.

STADLER, T. A. C.; MORETTI, M.; MORETTI, M.; SAKAI, T. M.; ARAÚHO, D. Associação dos níveis de dislipidemia entre obesidade I, II e III. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 3, 2011.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

XAVIER, H. T.; GAGLIARDI, A. R. T. **Cardiometabolismo**: uma visão prática da síndrome metabólica. São Paulo: BBS Editora, 2015.