

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MICHELLY MAGALHÃES DE CASTRO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ÍNDICE DE
DISLIPIDEMIAS ENTRE USUÁRIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA AMOROSO COSTA, DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JACOB JOSÉ PINTO EM UBERABA, MINAS GERAIS**

UBERABA/ MINAS GERAIS

2018

MICHELLY MAGALHÃES DE CASTRO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ÍNDICE DE
DISLIPIDEMIAS ENTRE USUÁRIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA AMOROSO COSTA, DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JACOB JOSÉ PINTO EM UBERABA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Virgiane Barbosa de Lima

UBERABA / MINAS GERAIS

2018

MICHELLY MAGALHÃES DE CASTRO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ÍNDICE DE
DISLIPIDEMIAS ENTRE USUÁRIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA AMOROSO COSTA, DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JACOB JOSÉ PINTO EM UBERABA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Virgiane Barbosa de Lima (Orientadora)

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2019.

DEDICATÓRIA

Aos Mestres, A águia e mestre...

A águia é uma das aves mais sábias, assim como nossos queridos mestres. A águia prepara o ninho para seus filhotes assim como os verdadeiros mestres preparam para receber seus alunos. A águia escolhe o maior cume para alimentar e ensinar seus filhotes, os mestres escolhem os melhores livros e métodos para nos ensinar.

... E durante toda nossa caminhada deles nos alimentamos, nos enriquecemos, nos fortalecemos e sem dúvida crescemos. Com o passar o tempo a mãe águia começa a retirar os melhores gravetos que compunha o ninho e aqueles mais ásperos começa a tomar lugar e a incomodar e a desafiar seus filhotes... Somos nós caros mestres assim que os senhores nos colocam frente a frente com nossos primeiros pacientes, o desafio nessa hora foi lançado e agora apenas nos resta expressar o que de melhor absorvemos durante essa longa e sábia caminhada. É difícil, tudo parece obstáculo, mas aos poucos fomos superando e conquistando nossa própria confiança. A mãe águia sabiamente retira todos os gravetos e aí resta o grande momento, o voo, onde ela espera que seja cuidadosamente estudado e planejado para atingir sua plenitude. Este momento, queridos mestres, os senhores estão nos lançando para o grande voo, e aí será a hora de apreciarem o vosso trabalho, começamos nossa trajetória de maneira cuidadosa e planejada e que com certeza de forma a sempre nos espelhar nos nossos queridos mestres, quando atingiremos nossa plenitude. Agora só nos resta agradecer pelo aconchego, pelos desafios e pela oportunidade de voar...

Dedico esse trabalho aos meus mestres, Tutoras Tayllany, Polyana e Professora orientadora Virgiane Barbosa de Lima que foram essenciais nessa nova jornada em minha carreira médica, e ao meu Gestor a quem tenho muita admiração e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu “Pai Celestial”, que me ensinou a acreditar sempre e mostrou que só o tempo proporciona os melhores resultados; só a insistência nos leva à melhores vitórias. e me ensinou também que renúncia e perseverança devem ocorrer todos os dias em nossa vida, obstáculos e demais adversidades que tantas vezes a vida nos impõe, devem ser encarados com o espírito de vencedor!

Agradeço aos meus pais Leon e Miquelina (meus grandes e eternos tesouros) que são os grandes responsáveis por essa vitória. Obrigada “Mãe”, pelas palavras de fé, esperança, amor, ânimo, companheirismo, luz, brilho, encorajamento, que foram os grandes alimentos que sempre me nutriram e me despertaram para essa grande vitória.

Agradeço a todos que torceram por mim, enfim, a todos vocês que amo e que a minha missão durante todo esse tempo que estive ausente, não nos permitiu uma convivência diária, mais uma vez e para sempre.

Obrigada!

“As pessoas comuns pensam apenas como passar o tempo. Uma pessoa inteligente tenta usar o tempo”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Uberaba é um município de 330.361 habitantes, localizado em Minas Gerais. Esta proposta de intervenção foi elaborada para a equipe de saúde Amoroso Costa, da Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto no município de Uberaba, Minas Gerais. Sob responsabilidade da equipe de saúde existe um número significativo de usuários com valores alterados de colesterol e triglicérides, sendo que parte do grupo não adere ao tratamento ou desconhece as formas de prevenção e tratamento das patologias associadas. Estes usuários buscam atendimento na equipe em situações variadas, ou em situações que mostram a falta de conhecimentos sobre a dieta, necessidade de gasto calórico, uso adequado de medicamentos, entre outras. Parte dos casos observados ocorre entre usuários que desconhecem a doença, as formas de adoecimento e o risco de doenças cardiovasculares e que algumas vezes se apresentam, demonstrando falta de adesão ao tratamento. Esta intervenção foi proposta para melhorar o vínculo entre equipe e usuários acometidos, inclusive seu processo de trabalho, aumentar os conhecimentos sobre as dislipidemias, dentre outras ações. Realizou-se o diagnóstico situacional de onde se retirou os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejar ações utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional. As informações para esta intervenção foram coletadas nos prontuários, registros da equipe, consulta médica, enfermagem, durante as visitas domiciliares e observação ativa da área de abrangência. A bibliografia utilizada foi consultada em trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da PUBMED, do SciELO, dentre outros. O diagnóstico situacional foi construído utilizando-se o método da Estimativa Rápida Participativa, e na proposta do plano de ação os nós críticos evidenciados foram a necessidade da construção deste projeto com a participação da equipe e equipe multidisciplinar. Espera-se que a equipe consiga orientar todos os usuários acometidos pelas dislipidemias, durante reuniões, acompanhamento de grupos e proporcionar a integralidade da atenção proporcionando melhorias na qualidade de vida do usuário.

Palavras-Chave: Dislipidemias. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Uberaba is a municipality of 330,361 inhabitants located in Minas Gerais. This intervention proposal was elaborated for the health team Amoroso Costa, from the Basic Health Unit Jacob José Pinto in the city of Uberaba, Minas Gerais. Under the responsibility of the health team there are a significant number of users with altered cholesterol and triglyceride values, and part of the group does not adhere to treatment or is unaware of the prevention and treatment of associated pathologies. These users seek care in the team in various situations, or situations that show lack of knowledge about diet, need for caloric expenditure, proper use of medicines, among others. Part of the observed cases occurs among users who are unaware of the disease, the forms of illness and the risk of cardiovascular disease and who sometimes present themselves, showing a lack of adherence to treatment. This intervention was proposed to improve the bond between the team and affected users, including their work process, to increase knowledge about dyslipidemia, among other actions. The situational diagnosis was made from which the main problems faced by the health team were taken to plan actions using the Strategic Situational Planning (PES) method. Information for this intervention was collected from medical records, staff records, medical consultation, nursing, during home visits and active observation of the coverage area. The bibliography used was consulted in scientific works available in the databases of the Virtual Health Library, in the databases of PUBMED, SciELO, among others. The situational diagnosis was constructed using the Participatory Rapid Estimation method, and in the action plan proposal, the critical nodes highlighted were the need to build this project with the participation of the team and multidisciplinary team, changing if necessary the team work. It is expected that the team will be able to guide all users affected by dyslipidemia, during meetings, group monitoring and provide comprehensive care to those affected providing improvements in the user's quality of life.

Keywords: Dyslipidemias. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da equipe de saúde da família Amoroso Costa, Município de Uberaba, Minas Gerais.....17

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Estrutura dos serviços de saúde inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais.....41

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Resistência da população em mudar os hábitos de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais.....42

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de conhecimentos sobre a doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais.....43

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de acompanhamento pela equipe de saúde para pacientes com dislipidemias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais.....44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Breve síntese do município de Uberaba	11
1.2	O sistema de saúde do município de Uberaba.....	11
1.3	A Unidade Básica Saúde Jacob José Pinto.....	12
1.4	A equipe de Saúde da Família Amoroso Costa	13
1.5	O trabalho da equipe de Saúde da Família Amoroso Costa, da Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto.....	14
1.6	Estimativa rápida: problemas de saúde vivenciados no território e comunidade.....	16
1.7	Priorizações dos problemas	17
2.	JUSTIFICATIVA	18
3.	OBJETIVO	19
4.	METODOLOGIA	20
5.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1	Características e metabolismo das lipoproteínas	21
5.2	Fatores metabólicos	23
5.3	Dislipidemias	26
5.4	Hipertrigliceridemia.....	32
5.5	Hipercolesterolemia familiar	32
5.6	Estratificação de risco cardiovascular	33
6.	PLANO DE INTERVENÇÃO	39
6.1	Descrição do problema selecionado	39
6.2	Explicação do problema selecionado	39
6.3	Seleção dos nós críticos.....	40
6.4	Desenho das operações	41
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERENCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve síntese do município de Uberaba

Uberaba é um município de 330.361 habitantes ocupando um território de 4.523,957 km², conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2018 (IBGE, 2017). Localizada em Minas Gerais, no Alto Paranaíba e na microrregião do Triângulo Mineiro, Uberaba tem como limítrofes em Minas Gerais, os municípios de Água Comprida, Conceição das Alagoas, Uberlândia, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista. Já no estado de São Paulo seus limites são os municípios de Igarapava, Aramina e Miguelópolis.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Uberaba (2019), a origem do município de Uberaba se deu pela ocupação do Triângulo Mineiro e sob a jurisdição de Goiás até o ano de 1816 sendo importante naquele momento pois, abrigaria setores administrativos da Coroa Portuguesa. Posteriormente expedições passaram por terras de Uberaba, trecho o qual tornou-se conhecida como Estrada Real ou Anhanguera que, seria o meio de escoamento de minerais preciosos que as autoridades portuguesas fariam após a colonização.

Posteriormente, Uberaba cresceu com suas terras sendo ocupadas por extensas propriedades dado o baixo valor da terra e isenção de impostos, onde os donos seriam agricultores, pecuaristas, comerciantes e outras profissões, viabilizando que o Governo Provincial de Minas Gerais criasse o Município de Santo Antônio de Uberaba no ano de 1836.

No ano de 1840, o município passou a ser sede da Comarca responsável pela justiça na região, tornando-se uma vila próspera, passando a ser Cidade no ano de 1856, com um centro comercial importante, que acelerou a inauguração da Estrada de Ferro no ano de 1889, facilitando a imigração europeia para a cidade e do desenvolvimento da pecuária zebuína.

Com a economia em alta, a estrutura urbana também desenvolveu e surgiram construções no estilo eclético. No século XX, Uberaba apresentava um crescimento significativo na agricultura, pecuária, indústria e do comércio, atendendo as demandas nos aspectos econômicos, culturais e de serviços essenciais à população, sendo que até na atualidade um centro comercial dinâmico, agricultura produtiva, e parque industrial diversificado e estrutura urbana planejada.

1.2 O sistema de saúde do município de Uberaba

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), são repassados sob a modalidade fundo a fundo, pela União, estado e o próprio município também repassa os recursos em contas bancárias exclusivas para cada ação e administradas pelo gestor do Município.

Uberaba mantém o Conselho Municipal de Saúde e sua atividade colegiada, oferta serviços em atenção primária, através das suas dezenove Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde os profissionais de saúde trabalham a Estratégia de Saúde da Família. Além disso, três Unidades, disponibilizam serviços de média complexidade proporcionando atendimento médico com especialistas como: Pediatria, Ginecologia, Cardiologia entre outras. Demais serviços disponibilizados para promover o cuidado em saúde são os de vigilância em saúde, assistência farmacêutica através a Farmácia Popular do Brasil no Município, serviços de atenção psicossocial, medicamentos de alto custo além dos fornecidos na rede municipal, prevenção e controle das DST/AIDS, tuberculose, etc. Estão disponíveis os serviços do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de Uberaba (CEREST), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Programa de Prevenção ao Abuso de Álcool (PAI/PAD) entre outros programas voltados para a saúde dos Uberabenses (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA (2019).

1.3 A Unidade Básica Saúde Jacob José Pinto

A UBS Jacob José Pinto funciona das 7:00 às 17:00 de segunda sexta feira e é composta de um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um dentista e um Técnico de Saúde Bucal (TSB). A estrutura física é praticamente inadequada, onde os profissionais enfrentam a falta de manutenção da estrutura predial, salas com goteira e mofo, falta de ventilação adequada deixando as salas com temperaturas elevadas, falta de salas para atendimento e reuniões, falta de computadores e rede elétrica defeituosa. De outro lado, a equipe se encontra fragmentada, com a falta de funcionários na Unidade como administrativo e limpeza, excesso de trabalho burocrático, falta de computadores, falta de insumos para limpeza, médico hospitalar e higiene pessoal incluindo também falhas na comunicação entre os profissionais.

O território da UBS Jacob José Pinto é atendido pelos profissionais da equipe de Saúde da Família Amoroso Costa e compreende os bairros José Bernardino, Residencial

Estados Unidos, Tita Rezende e parte do Bairro Amoroso Costa, que compreende a Avenida São Paulo, Rua Homero Vieira de Carvalho, Rua Deoclides Teles e Rua Divinópolis.

Observando a comunidade, a mesma possui coleta e descarte de lixo realizados pela rede pública, assim como ao fornecimento de água. Mesmo assim, seus moradores convivem com entulhos descartados por alguns moradores em terrenos baldios, áreas públicas não utilizadas e na área de reserva próximo ao viaduto da Rua Claricinda Rezende e ao Parque São José, bem como próximo à linha de trem da FCA.

Observou-se que na comunidade falta de semáforo ou rotatória no cruzamento da avenida São Paulo com a Mauro Rodrigues Cação, além de linha de ônibus que favoreça o trajeto do paciente do bairro José Bernardino e Tita Rezende até a Unidade de Saúde, pois a área de abrangência fica distante da unidade.

Na área de abrangência da ESF Amoroso Costa, existem recursos que atendem a comunidade como a creche comunitária Hipólita Tereza Eranci. Já como opções de lazer existe o Centro Municipal Avançado Boa Vista (CEMEA), Academia da cidade, Campo de futebol, SESI Minas e uma praça. Demais auxílios são possíveis na Casa de Acolhimento Izabel Aparecida do Nascimento que é uma Organização Não Governamental (ONG) e uma associação de moradores, que não demonstra suas atividades. Na comunidade existe a Área Integrada de Segurança Pública – Boa Vista (AISP), Tiro de guerra e um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). A religiosidade se divide em uma igreja católica, uma igreja adventista, quatro igrejas evangélicas e onze centros espíritas.

1.4 A equipe de Saúde da Família Amoroso Costa

A ESF Amoroso Costa é responsável pelos usuários adscritos nas comunidades Tita Rezende, José Bernardino 1 e 2, Residencial Estados Unidos e parte do bairro Amoroso Costa. Em conversas com moradores da área de abrangência, os mesmos declararam que a energia elétrica e saneamento básico passaram a ser disponíveis para a comunidade a partir do ano de 1992 e a coleta de lixo em 1998. Não existe associação de bairro e os problemas relevantes verificados na área são iluminação pública precária e a unidade de saúde que fica distante do bairro. Já no bairro José Bernardino, observa-se a presença de um representante de bairro. Neste bairro os problemas relatados por informantes que vivem no bairro se trata da falta de policiamento, falta de calçada em algumas ruas, falta de banheiro no campo de futebol, iluminação precária, favorecendo a ocupação relacionada ao uso de drogas ilícitas.

Além disso, observa-se a falta de manutenção e a comunidade queixa da presença de escorpiões e cobras no bairro.

1.5 O trabalho da equipe de Saúde da Família Amoroso Costa, da Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto

A Equipe Amoroso Costa é responsável pelos atendimentos e acompanhamento dos usuários adscritos à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto. Para efetivação dos programas de atenção básica, a equipe desenvolve programas como os de pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos o HIPERDIA, que vem demonstrando consideráveis resultados das ações de promoção e prevenção, verificados no melhor controle pressórico e glicêmico. Outros recursos são os atendimentos à usuários com tuberculose e tabagismo visando a redução e até a cessação do uso do cigarro e ainda o grupo para a saúde da mulher.

A ESF Amoroso Costa ocupa seu tempo com atendimentos à demanda espontânea, que é seguido da triagem. Já o acolhimento é uma ferramenta utilizada diariamente para os usuários e voltada para o redirecionamento dos serviços. O usuário ao chegar na unidade de saúde é recebido pela recepcionista e redirecionado para os diversos profissionais, como os enfermeiros, dentistas, técnicos, agentes comunitários e outros, a fim de que seja realizado um acolhimento mais específico na área solicitada.

As consultas médicas são realizadas mediante agendamento em um dia da semana, com atendimento em 3 dias da semana, sendo que um dia específico da semana fica destinado à renovação de receitas médicas. Já as consultas de enfermagem, são feitas diariamente além de atendimentos como o teste do pezinho, aferição de pressão arterial e glicemia, vacinação, administração de medicação, curativo, retirada de pontos, orientações.

A equipe de saúde da UBS Jacob José Pinto, enfrenta situações que interferem no seu processo de trabalho que está relacionado à extrema sobrecarga de trabalho com atividades burocráticas, com falta de planejamento e direcionamento das ações às reais necessidades da comunidade. O tempo dedicado à demanda espontânea interfere negativamente na demanda programada desorganizando o trabalho.

Outros fatores que interferem negativamente no processo de trabalho da equipe são: As poucas reuniões entre a equipe ficando o planejamento e a discussão dos casos significativamente prejudicados; a fragmentação da equipe, necessitando muitas vezes do apoio dos ACS que se revezam segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência,

como recepção e outros, resultando na diminuição do número de visitas domiciliares e de acompanhamento das famílias; a falta de preparo das famílias, sistema de saúde e social como um todo para cuidar dos idosos refletindo na má adesão destes às orientações dos profissionais da equipe; aumento de doenças crônicas degenerativas como a hipertensão, diabetes, doenças osteoarticulares, câncer, depressão e ansiedade entre outros, embora a equipe proponha grupos operativos, a mudança de hábitos é insuficiente, além da baixa renda familiar; a falta de escolas nos bairros José Bernardino e Tita Rezende, dificultando o acompanhamento das crianças que estudam nas diversas escolas, atrapalhando a detecção precoce da doença e o atendimento rápido pela Equipe de Saúde Bucal, pelo fato de esta desenvolver atividades nas escolas; o descarte de entulhos em terrenos baldios e na área de reserva próximo ao viaduto da rua Claricinda Rezende e ao Parque São José, bem como próximo à linha de trem da FCA.

De outro lado, a equipe conta com fatores que facilitam o processo de trabalho, que são algumas reuniões com a equipe de saúde da família, Unidade de Saúde e com o Conselho Local de Saúde, com o qual possui parceria, a creche comunitária e o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, há o tempo para exercer a educação continuada, cujo tempo é dividido com o de reunião entre a equipe e o Programa Saúde na Escola (PSE); o bom atendimento Odontológico clínico, realizados na clínica procedimentos de promoção, prevenção e reabilitação à saúde bucal característicos da atenção básica e para tanto, fazem um revezamento na utilização dos equipamentos entre usuários. Neste caso, a porta de entrada para os serviços odontológicos na UBS pela busca ativa de pacientes considerados em risco social ou biológico, pelo acolhimento à demanda espontânea, onde são priorizados os usuários com sintomatologia aguda ou lesões em tecidos moles, pelo agendamento, na medida do possível, de pacientes do acolhimento que apresentem lesões de cárie ou doença periodontal ativa (pacientes risco 1), pelo agendamento para pacientes risco 2 e risco 3, cujas vagas são disponibilizadas de acordo com o término de tratamentos já iniciados.

Pacientes que necessitam de atenção especializada para tratamento endodôntico, cirúrgico, periodontal ou odonto-pediátrico são referenciados para o Centro de Especialidades Odontológicas.

Nos últimos três meses houve melhorias no funcionamento da UBS Jacob José Pinto em geral e na Odontologia em particular, refletindo positivamente no andamento dos serviços. Houve reposição ainda que parcial do quadro de profissionais para suprir as demandas de: Técnico em Saúde Bucal (TSB), ACS, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Serviços

gerais. A gestão compartilhada com a Referência Técnica da Odontologia, tem permitido que o funcionário participe da tomada de decisões e conseqüentemente se envolva mais com o trabalho. A realização da Semana da Saúde Bucal permitiu uma intensa mobilização da Unidade de Saúde para a busca ativa de lesões bucais e despertou a todos para a importância do cuidado em saúde bucal. Além disso, a contratação de uma nova equipe de manutenção tem dado melhor suporte no conserto dos equipamentos, evitando que o serviço pare a toda hora. Deve-se pontuar também que a gerência tem realizado reuniões periódicas com todos os funcionários com o intuito de melhorar as relações interpessoais e comunicação dentro da unidade. Nessas reuniões são pontuadas as necessidades, e na medida do possível tem se buscado soluções junto aos funcionários e também junto à SMS.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde vivenciados no território e comunidade

De acordo com a ficha de cadastro familiar dos uberabenses adscritos à UBS Jacob José Pinto, são relativamente jovens, sendo que a faixa de idade mais frequente situa-se entre 20 e 59 anos. Por outro lado, observando o perfil epidemiológico da área de abrangência e considerando a estratificação por micro áreas, observou-se que os idosos se distribuem de forma praticamente igual entre as micro áreas sob responsabilidade da ESF Amoroso Costa. Além disso, nos indicadores registrados nos documentos da equipe verificou-se que a prevalência de portadores de hipertensão arterial cadastrados, seguidos do diabetes mellitus, ambas relacionadas às principais causas de internações e óbitos. Outras patologias vivenciadas encontradas foram o câncer, casos eventuais de pneumonia, cálculo renal, infecção no trato urinário, alcoolismo, arboviroses, catapora, casos eventuais de sífilis, acidente de trabalho, tuberculose e vítimas da violência.

Assim, foram relacionadas as doenças mais frequentes quando realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família Amoroso Costa, da Unidade Básica de Saúde Jacob José Pinto, em Uberaba no Estado de Minas Gerais. As doenças que mais impactam a qualidade dos acometidos foram:

- Alto índice de dislipidemias relacionada à síndrome metabólica e elevado risco cardiovascular.
- Diabetes mellitus.
- Sofrimento mental.
- Alcoolismo.
- Arboviroses

- Infecção no trato urinário

1.7 Priorizações dos problemas

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da equipe de saúde da família Amoroso Costa, Município de Uberaba, Minas Gerais.

Priorização para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da equipe de saúde da família Amoroso Costa, Município de Uberaba, Minas Gerais.				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de dislipidemias relacionada à síndrome metabólica e elevado risco cardiovascular.	Alta	8	Dentro	1
Diabetes mellitus.	Alta	5	Parcial	2
Sofrimento mental.	Alta	5	Parcial	3
Alcoolismo.	Alta	4	Parcial	6
Arboviroses	Alta	4	Parcial	4
Infecção no trato urinário	Alta	4	Parcial	5

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do problema para este trabalho, se justifica pela necessidade de melhorar a qualidade de vida dos usuários que vêm apresentando alto índice de dislipidemias relacionada à síndrome metabólica remetendo ao elevado risco cardiovascular na Equipe de Saúde da Família ESF Amoroso Costa, da UBS Jacob José Pinto no município de Uberaba, Minas Gerais.

Os registros da equipe e o contato diário com os usuários adscritos, mostraram o crescimento do número de pacientes com doenças crônicas, tais como Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica e com perfil lipídico alterado, principalmente os níveis de Colesterol HDL e Triglicérides, obesidade central aumentando a predisposição a desenvolver a Síndrome Metabólica e remetem o alto risco cardiovascular. Assim, a equipe achou necessária uma proposta uma intervenção que permita impactar o problema e implementar melhorias nas propostas que já vem sendo aplicadas, como exemplo os grupos operativos, mas que não vem modificando comportamentos ou demonstrando melhorias significativas na qualidade de vida das pessoas acometidas. Assim, são necessárias ações educativas envolvendo o usuário acometido e seus familiares, profissionais da equipe de saúde, equipe multidisciplinar e pessoas da comunidade para implementar medidas preventivas e de reabilitação.

De acordo com Carvalho et al (2015), os fatores de risco como dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e obesidade, principalmente em relação à distribuição central de gordura estão reconhecidamente relacionados com o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar o alto índice de dislipidemias relacionada à síndrome metabólica e circunferência abdominal remetendo ao elevado risco cardiovascular na Equipe de Saúde da Família Amoroso Costa, da Unidade Básica Jacob José Pinto no município de Uberaba, Minas Gerais

3.1 Objetivos específicos

- Estimular a redução níveis dos níveis séricos de dislipidemias, pelo controle da hipertensão arterial sistêmica, diabetes e obesidade;
- Orientar a população sobre dislipidemias e doenças de base;
- Incentivar progressivamente a mudança de hábitos de vida e alimentares, além da prática de atividade física.

4 METODOLOGIA

A construção do diagnóstico situacional, possibilitou aos profissionais de saúde da ESF identificarem problemas mais frequentes enfrentados pelos usuários da área de abrangência. Na construção do diagnóstico, a equipe de saúde, utilizou o método da estimativa rápida e em seguida, através do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) construiu um plano de ação para impactar o problema, identificando também os nós-críticos, que interferem diretamente no problema, e assim melhorar os níveis das dislipidemias, controle da hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade, redução da circunferência abdominal e evitar o desenvolvimento da síndrome metabólica, bem como prevenir os riscos de doenças cardiovasculares, e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos usuários da equipe de saúde família Amoroso Costa, da UBS Jacob José Pinto no município de Uberaba, Minas Gerais.

Pela necessidade de se resolver um problema por vez, foi feita a priorização dos problemas, buscados nos registros da UBS Jacob José Pinto, nas fontes secundárias e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A literatura consultada para este trabalho foram textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos nos bancos de dados como o Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), LILACS, MEDLINE e o material didático utilizado no Curso de Especialização em Gestão do cuidado em Saúde da Família, disponível na biblioteca virtual do NESCON/UFMG, utilizando os descritores: Dislipidemia. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Características e metabolismo das lipoproteínas

Os lipídeos são substâncias hidrofóbicas, que quando associados a proteínas se organizam e formam as lipoproteínas também conhecidas como Apolipoproteínas, que no plasma sanguíneo contribuem para a solubilização e transporte dos lipídeos além de funções específicas como o metabolismo das lipoproteínas, ligantes a receptores de membrana ou a cofatores enzimáticos (FALUDI et. al., 2017; GARCIA-GIUSTINIANI; STEIN, 2016). De acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013),

[...] Dos pontos de vista fisiológico e clínico, os lipídeos biologicamente mais relevantes são os fosfolípides, o colesterol, os triglicérides (TG) e os ácidos graxos (AG). Os fosfolípides formam a estrutura básica das membranas celulares. O colesterol é precursor dos hormônios esteroidais, 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 TGs são formados a partir de três ácidos graxos ligados a uma molécula de glicerol e constituem uma das formas de armazenamento energético mais importantes 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 poli-insaturados, de acordo com o número de ligações duplas na sua cadeia (XAVIER et al, 2013, p. 01).

Quanto às lipoproteínas, os autores Schiavo; Lunardelli; Oliveira (2003) descrevem sobre a diferença de densidade entre as mesmas como,

[...]Os principais lipídeos do plasma humano são colesterol, ésteres do colesterol, triglicérides, fosfolípidos e ácidos graxos não-esterificados. Os lipídeos são substâncias insolúveis em água. São transportados na forma de lipoproteínas, que podem ser divididas, de acordo com a sua densidade, em cinco classes: quilomícrons, lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL), lipoproteínas de baixa densidade (LDL), lipoproteínas de densidade intermediária (IDL) e lipoproteínas de alta densidade (HDL)(HENRY, 1998 apud SCHIAVO; LUNARDELLI; OLIVEIRA, 2003, p. 284).

Xavier *et al.* (2013) afirmam que o metabolismo das lipoproteínas podem ocorrer das seguintes formas: via intestinal, isto é, as lipases pancreáticas hidrolisam os TGs (que correspondem a maior parte das gorduras consumidas) em AGs livres, monoglicérides e diglicérides, ou também via hepática, ou seja, quando a condução das lípides de origem hepática ocorre por meio das VLDL, IDL e LDL.

Quando essas gorduras ingeridas não são metabolizadas corretamente, pode ocorrer o acúmulo de lipoproteínas na parede arterial, e inicia-se a aterogênese, cuja inflamação ocorre

em virtude da agressão endotelial, atacando principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibres.

A partir de uma avaliação laboratorial dos critérios lipídicos e das apolipoproteínas, é possível estimar a variação intraindividual nos lipídios plasmáticos, que pode ser demonstrada, conforme as diretrizes, variação de 5% a 10% para o CT e superior a 20% para os TGs, especialmente nos indivíduos que apresentam hipertrigliceridemia (XAVIER *et al.* 2013, p. 5).

A respeito da análise dos lípidos e lipoproteínas, os autores alegam que estudos referentes ao resultado do tratamento sobre o risco CV e estudos com fármacos respaldaram-se na observação do CT e do LDL-C, e que o resultado clínico de outras medidas, entre as quais a apo B, o colesterol não-HDL, até o momento não tinha sido estabelecido na prática. Dessa maneira, mantém-se as medidas padrão de risco CV, como CT e LDL-C, em virtude da ênfase de muitos estudos.

Relativo as dislipidemias, de acordo com Xavier *et al.* (2013), elas se classificam em genotípica ou fenotípica. Na primeira, as dislipidemias podem ser causadas por um só gene ou por agregações de múltiplas mutações, por isso são denominadas monogênicas e poligênicas respectivamente. Quanto à segunda, a fenotípica, leva em conta os valores de CT, LDL-C, TG e HDL-C e pode ser delimitada em: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo.

Para Weiss *et. al.* (2006) apud Garcia-Giustiniani e Stein (2016) a variação dos níveis de lipoproteínas para valores mais altos ou abaixo dos valores de referência certamente estão ligados a alterações genéticas. Somado a este fator, Ribeiro; Shintaku (2004), consideram a hipercolesterolemia uma consequência de dieta inadequada, ou rica em colesterol e gorduras saturadas, as quais reduzem a síntese de receptores apo B no fígado, que são os responsáveis pela captação da fração low-densitylipoprotein (LDL).

Faludi *et. al.*, (2017), editaram a atualização dos valores de referência do perfil lipídico e alvo terapêutico entre adultos acima de 20 anos os valores são considerados conforme o estado metabólico e estão resumidos na tabela abaixo:

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria referencial
Colesterol total [†]	< 190	< 190	Desejável
HDL-c	> 40	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	< 175 [‡]	Desejável
Categoria de risco			
LDL-c	< 130	< 130	Baixo

	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito alto
Não HDL-c	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito alto

Fonte: SBC, 1917

5.2 Fatores metabólicos

A Síndrome metabólica, de acordo com Penalva (2008), refere-se à composição de vários fatores de riscos metabólicos cujo fundamento trata-se da resistência à ação da insulina e, assim, levam as chances de desenvolvimento de doenças cardíacas e diabetes tipo 2.

Caracteriza-se como fatores de risco metabólicos: dislipidemia aterogênica (hipertrigliceridemia, níveis elevados de apolipoproteína B, partículas de LDL-colesterol pequenas e densas e níveis baixos de HDL-colesterol), hipertensão arterial, hiperglicemia e um estado pró-inflamatório e pró-trombótico. (PENALVA, 2008, p. 245)

Segundo a autora, no que se refere às causas da doença, destaca-se como principal a obesidade, principalmente àquela caracterizada com aumento de cintura, e à resistência à insulina.

De acordo com Barbosa e Sandriani (2011) a obesidade é a causa, pois, segundo pesquisas, os Estados Unidos caracteriza-se como o país que apresenta um grande número de obesos e, conseqüentemente, aproximadamente 30% da população adulta é portador da SM. Comparado com o Brasil, este não fica atrás, uma vez que quase 30% também é portador da SM, cujo número aumenta à medida que se eleva a quantidade de obesos.

Penalva (2008) cita vários estudiosos, cujas pesquisas mostram resultados significativos para a síndrome metabólica no Brasil. A pesquisa data de 2007 e, entre os indivíduos analisados, percebeu-se que a prevalência de SM é maior quanto mais se avança em idade, atinge especialmente mulheres e aumenta conforme o nível socioeconômico.

Em consonância com Barbosa e Sandriani (2011), ela assegura que o excesso de peso é o causador principal do risco de desenvolvimento da SM.

O quadro abaixo mostra os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome metabólica, conforme o estudo NHANES III. De acordo com os critérios da ATP III, teriam síndrome metabólica: (PENALVA, 2008, P. 247)

- 4,6% dos homens com IMC normal;
- 22,4% dos homens com sobrepeso;
- 59,6% dos homens obesos;
- 6,2% das mulheres com IMC normal;
- 28,1% das mulheres com sobrepeso;
- 50,0% das mulheres obesas.

Como se pode perceber, o excesso de peso favorece hipertensão, níveis elevados de colesterol total, baixos níveis de HDL-colesterol e hiperglicemia, e tem como consequências as doenças cardiovasculares. Além disso, Penalva (2008) cita o Insulin Resistance Atherosclerosis Study (IRAS), cujo estudo apontou que a medida da circunferência abdominal é o precursor da SM. O padrão a respeito dessa medida seria >102 para homens e > 88 para mulheres.

A respeito da definição de SM, Barbosa e Sandriani (2011) afirmam que não há um consenso, visto que diversas sociedades científicas indicaram critérios diagnósticos para a síndrome, os quais mostram tanto harmonias e desarmonias. Isso se confirma, de acordo com o exposto:

Consoante aos autores, a I diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, publicada em 2004, adotou critérios semelhantes aos propostos pelo NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III), caracterizando como portador de SM o indivíduo adulto que exibe ao menos 3 dos critérios expostos na Tabela a seguir.

I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica	
Critérios	Valores
Glicemia de jejum	≥100mg/dL ou diagnóstico prévio de diabetes
Cintura abdominal	>88cm (mulheres) ou >102cm (homens)
Triglicérides	≥150mg/dL ou uso de tratamento específico
Colesterol HDL	<50mg/dL (mulheres) ou <40mg/dL (homens)
Pressão arterial	≥130x85mmHg ou uso de tratamento específico

Fonte: Barbosa e Sandriani (2011)

No caso da Sociedade da Brasileira de Diabetes, publicada em 2009, sugeriu-se a adesão de critérios diagnósticos da IDF, cuja obesidade central é levada em consideração como componente-chave da síndrome e estabelecem valores de corte etnia-específicos para a

cintura. Nessa delimitação, é considerado portador de SM se apresentar cintura aumentada (critério obrigatório) + 2 achados dentre os apresentados na Tabela a seguir:

Sociedade Brasileira de Diabetes	
Critérios	Valores
Glicemia de jejum	>100mg/dL ou uso de tratamento específico
Cintura abdominal	Depende da etnia
Triglicérides	>150mg/dL ou uso de tratamento específico
Colesterol HDL	<50mg/dL (mulheres) ou <40mg/dL (homens)
Pressão arterial	>130x85mmHg ou uso de tratamento específico
Etnias	Valores de corte para cintura abdominal
Europídeos	>80cm (mulheres) ou >94cm (homens)
Sul-asiáticos, afro-americanos e sul-americanos	>80cm (mulheres) ou >90cm (homens)
Japoneses	>80cm (mulheres) ou >85cm (homens)

Fonte: Barbosa e Sandriani (2011)

Barbosa e Sandriani (2011) chamam a atenção para a importância que é a SM, pois um indivíduo portador de SM implica em um aumento significativo em relação ao risco de sérias complicações graves, (vide tabela).

Complicação	Aumento de risco na SM
Doenças cardiovasculares	2 vezes
Mortalidade cardiovascular	2,5 vezes
Mortalidade geral	1,5 vezes
Diabetes tipo 2	4 vezes

Fonte: Barbosa e Sandriani (2011)

Além do exposto, segundo Barbosa e Sandriani (2011), a presença de SM pode, também, motivar outras anomalias como “a síndrome dos ovários micropolicísticos, doença gordurosa do fígado, hiperuricemia e apneia do sono”.

Penalva (2008) relata ainda que, em se tratando de fatores de risco, paralelo ao excesso de peso tem-se a resistência à insulina, e que pode acontecer não somente com pessoas com sobrepeso, mas inclusive as que apresentam peso normal.

O parâmetro, segundo a autora supracitada, mostra que o auge se dá para os homens, a partir dos 60 anos de idade e para as mulheres a partir dos 80, e também é maior em pessoas fumantes e sedentárias. É possível observar que a obesidade é fator principal para o desenvolvimento da SM, esta, por sua vez, favorece o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que se deve à resistência à insulina.

Consoante Penalva (2008), pesquisas realizadas com indivíduos com variáveis de peso: normal, (IMC < 25 Kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m²) e obesidade (IMC > 30 Kg/m²), mostraram que 7% das pessoas com peso dentro da normalidade apresentavam da SM acarretando em risco para DCV de 3,01 (IC 95%, 1,68-5,41). No caso dos obesos, 37% não preenchiam critérios para SM e o risco relativo para DCV foi de 2,13 (IC 95%, 1,43-3,18). Isso mostra que a SM acresce o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares muito mais devido à resistência à insulina do que devido à obesidade.

No que se refere ao diabetes, Penalva (2008) assegura, segundo estudos, que há pacientes que antes de ser diagnosticado com a doença por excesso de glicose no sangue já apresenta resistência à insulina e SM.

Com base em tudo o que foi supracitado, entende-se que a perda de peso é o primeiro passo para o tratamento e diminuição das chances de desenvolvimento de doenças cardíacas, pois melhora o perfil lipídico, reduz tanto a pressão arterial como a glicemia, ademais melhora a sensibilidade à insulina e diminui o risco de doença aterosclerótica.

Para isso, recomenda-se uma dieta alimentar com acompanhamento de um profissional, que irá adequar os valores de carboidratos, proteínas e gorduras; a prática de atividades físicas; o método medicamentoso pode ser prescrito se mesmo com as mudanças do estilo de vida não houver resultado satisfatório de melhora.

5.3 Dislipidemias

A dislipidemia é um distúrbio do metabolismo lipídico capaz de alterar os níveis das lipoproteínas no sangue circulante (GIANNINI, 1998 apud PRADO; DANTAS, 2002). Ao se observar especificamente os altos níveis plasmáticos de colesterol, ou ainda a hipercolesterolemia, sabe-se que este quadro remete ao desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares (DCV) através do processo patológico conhecido como aterosclerose. Esse distúrbio é caracterizado como determinante principal da ocorrência de doença de DCV e cerebrovasculares, tais como: aterosclerose, infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração e AVC. (ANVISA, 2011)

As DCV são parte importante no grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que constituem a principal causa de morte entre adultos, estando entre elas as doenças cardiovasculares, o diabetes, as neoplasias e doenças respiratórias crônicas demandando maiores atendimentos ambulatoriais e hospitalares (MALTA et. al., 2011). As DCV mais específicas relacionadas são o infarto agudo do miocárdio (IAM), Insuficiência

Cardíaca (IC) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) (CABRAL; KLEIN, 2017; ALCÂNTARA NETO et. al., 2012). Ainda sobre a hipercolesterolemia, os autores descrevem que,

[...]O aumento na concentração sérica de LDL-C parece ser necessário para a aterogênese. A LDL representa mais de 75% das lipoproteínas aterogênicas; as demais são os remanescentes enriquecidos em colesterol das lipoproteínas ricas em triglicerídeos (quilomícrons e lipoproteína de muito baixa densidade; VLDL). Ao penetrar na parede arterial, a LDL inicia e promove a aterosclerose (SOCIEDADE INTERNACIONAL DE ATROSCLEROSE, 2014 apud CABRAL; KLEIN, 2017, p. 475).

Segundo estudos publicados no boletim Saúde e economia da ANVISA, (2011), os valores de referência para avaliação dos níveis de lipídios na circulação do sangue, em adultos de até 20 anos, demonstram: para o colesterol, os valores ficam entre 200 mg/dl (desejável) e 240 mg/dl (alto); o LDL- C, entre 100-129 mg/dl (desejável) e 190 mg/dl (muito alto); o HDL-C, o VLDL, entre 30 mg/dl (desejável) e 67 mg/dl (alto) e, por último, o triglicérides entre 150 mg/dl (desejável) e 500 mg/dl (muito alto). Importante lembrar que, além da idade, esses fatores levam em consideração também o sexo e doenças preexistentes.

Para um controle efetivo desse distúrbio, é necessário adquirir alguns hábitos diários, tais como: praticar exercícios físicos, como a caminhada, por exemplo, evitar o consumo tanto de bebidas alcoólicas como de carboidratos e gorduras. (ANVISA, 2011)

A partir das mudanças do estilo de vida, é possível não só reduzir o LDL-c “colesterol ruim”, como também aumentar o aumento do HDL-c “colesterol bom”, evitando, assim, os riscos da doença, conforme comprovado em estudos de 1998, publicados pela ANVISA, (2011), em que foram avaliadas as taxas de CT (colesterol total) em algumas capitais brasileiras, cujo resultado foi: 38% dos homens e 42% das mulheres tinham CT (colesterol total) acima de 200mg/dl. Esse resultado serve como alerta, principalmente para as mulheres, visto que os valores do CT (colesterol total) foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas.

A respeito do tratamento, vários estudiosos da área asseguram que a redução do risco de eventos cardiovasculares está sujeita muito mais ao grau da redução do colesterol do que da forma usada para reduzi-lo. O método mais adequado seria o não medicamentoso, no entanto, este pode ser indicado, caso não seja possível que o indivíduo aguarde o tempo de efeito do processo natural ou ainda em casos em que o método não medicamentoso foi insatisfatório. (ANVISA, 2011)

Ainda a respeito do tratamento medicamentoso indicado, Conforme a IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias, citado pela ANVISA (2011), há várias classes terapêuticas, dessa forma, a seleção depende do tipo de dislipidemia.

[...] Para o tratamento da hipercolesterolemia isolada são recomendadas as estatinas (sinvastatina, lovastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina, rosuvastatina), que podem ser administradas em associação à ezetimiba, colestiramina e eventualmente a fibratos ou ácido nicotínico. Para o tratamento de hipertrigliceridemia, a diretriz recomenda o uso de fibratos, ácido nicotínico e ácidos graxos de ômega três, como adjuvante ao tratamento. (ANVISA, 2011)

No trabalho de Ribas e Silva (2009), as dislipidemias no Brasil, podem estar associadas a outro agravo não transmissível como a obesidade, a qual vem representando um problema de saúde pública significativo, demandando como nas demais DCNT citadas acima, gastos assistenciais na rede pública. Estima-se que a prevalência de dislipidemia e a obesidade tenha estreita relação com a alimentação rica em gordura saturada, falta de praticar exercícios físicos regularmente e dieta pobre em fibras. Os autores Macedo e Faerstein (2017), além de considerar os trabalhos destes autores as “perdas globais de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY), que é a soma dos anos perdidos por morte prematura aos anos vividos com incapacidades, ajustados ao peso de sua severidade” (MACEDO e FAERSTEIN, 2017, p. 2).

De acordo com Capilheira e Santos (2011) propostas estratégicas de intervenção baseadas na prevenção para reduzir a prevalência de fatores de risco que levam ao desenvolvimento das DCNT foram executadas anteriormente no Brasil e em outras localidades do mundo. Os fatores de risco mais conhecidos, são os níveis elevados de LDL-colesterol (LDL-C), e ainda os níveis reduzidos de HDL-colesterol (HDL-C), remetendo ao aumento da incidência de doença cardiovascular aterosclerótica (INEU et. al., 2006). Os fatores possuem estreita relação com o tabagismo, a inatividade física, e hábitos alimentares inadequados, porém, ao serem avaliados os resultados foram pouco eficientes. Ainda no mesmo trabalho, os autores citam o motivo da falta de sucesso,

[...]A extensa cadeia causal desde a implantação das intervenções até o impacto, o funcionamento do sistema de saúde (acesso, disponibilidade de exames complementares e medicamentos), o meio ambiente e as características sociodemográficas, culturais e epidemiológicas da população estão entre as razões da baixa efetividade (SANTOS e VICTORA, 2004 apud CAPILHEIRA e SANTOS, 2011 p. 1143).

A respeito do tratamento medicamentoso, a escolha da terapia nas dislipidemias está na dependência do risco cardiovascular do paciente e do tipo de dislipidemia. No primeiro caso, se o risco cardiovascular for alto, devem ser incluídos o tratamento medicamentoso e modificações no estilo de vida; nos casos de risco cardiovascular médio, apenas medidas não farmacológicas podem ser usadas inicialmente. Já o tipo de dislipidemia permite a escolha da classe terapêutica. Os medicamentos hipolipemiantes são medicamentos que agem nas taxas séricas de colesterol e outros agem nas taxas de triglicerídeos (TG). Finalmente, nos casos de hipercolesterolemia isolada, a recomendação é a administração de estatinas, associadas ou não à ezetimiba, à colestiramina, fibratos ou ácido nicotínico (FALUDI et. al., 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo considerada um eixo fundamental da ação do setor público para a saúde, cuja proposta, visa promover a atenção básica e a transformação do modelo assistencial em saúde, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, é sucessora do Programa de Saúde da Família, estruturada na saúde coletiva, da gestão à formação de recursos humanos, monitoramento e avaliação, baseado nos indicadores tradicionais, considerando contextos sociais e geográficos (CAMARGO JUNIOR, 2008). Os autores Macinko e Mendonça (2018), descrevem a importância da Política Nacional de Atenção Básica no contexto como:

[...]Em 2006, foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Na PNAB, atenção básica é definida como ‘um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde’. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde (MACINKO e MENDONÇA, 2018, p. 19).

O atual modelo de atenção à saúde voltado à comunidade é um trabalho complexo, que demanda serviços e ferramentas voltadas para grupos sociais específicos, que vão além de dos serviços de saúde prestados em unidades de saúde. Trata-se de um trabalho que utiliza de instrumentos tecnológicos comuns às Ciências Sociais e humanas para compreender o processo saúde-doença e propor intervenções individuais e coletivas. Deve ser observado ainda a alta complexidade do conhecimento e que utiliza recursos relativamente de baixo custo pois, são menos providos de equipamentos diagnósticos e apoios terapêuticos (SOUSA e HAMANN, 2009).

Para Carvalho (2013), o desenvolvimento econômico e social e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida ocorre mediante a promoção e proteção da saúde das pessoas. Deve haver envolvimento efetivo destas pessoas da comunidade no processo sendo que esta promoção da saúde ocorre pela intervenção nas causas do seu adoecimento. Assim, no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), proporciona em sua rotina serviços em saúde pública, atenção ambulatorial não especializada nas unidades de saúde, através de várias atividades clínicas de baixa densidade tecnológica (LAVRAS, 2011).

A edição da Constituição Federal de 1988, permitiu a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus avanços nas décadas seguintes, tendo em vista sua os pilares da “descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde” (PAIM et al, 2011 apud MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, s. 144). Concordando com os autores, Paim (2008), descreve o SUS como derivado do movimento da reforma sanitária, e como um anseio da sociedade civil.

A implantação de um novo sistema de saúde universal, contou com o envolvimento de alguns protagonistas como os Movimentos populares, Universidades, Partidos políticos progressistas, Prefeituras com bandeiras progressistas entre outros. Foram executados debates, modificações estruturais na política de saúde daquele momento, até que se implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado uma proposta inovadora e universal, onde no ano de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, onde foi referendada esta proposta Reforma Sanitária. Essa presença maciça dos cidadãos usuários foi possível pois as AIS introduziram Conselhos de Saúde, com participação comunitária, em cada município como condição de adesão à proposta. Assim, a partir da Constituição Federal de 1988 ficou consolidada as 8.080 e 8.142, sendo que as funções principais do SUS, ficaram baseadas nas propostas de regulação, fiscalização, controle e execução. Já os objetivos do SUS, foram definidos na lei 8.080, a identificação e divulgação dos condicionantes e determinantes da saúde e a formulação de políticas de saúde nos campos econômico e social, visando a redução de riscos e agravos à saúde estimulando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde numa integração de ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013). Ainda de acordo com o autor,

[...] a concepção e o campo da saúde pública, enquanto SUS, é abrangente, incluindo o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos e fazendo todos os campos como vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos:

consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI etc.(CARVALHO, 2013, p. 13).

Os princípios e diretrizes do SUS são elementos centrais e formulados para orientar a construção do novo sistema de saúde, com atuação do Estado onde a saúde deveria ser considerada, direito de todos e um dever do Estado, estando neles descritas as responsabilidades do Estado (MATTOS, 2009). Diante da nova reforma proposta e dos princípios do SUS, Rosa e Labate (2005), descrevem o Programa Saúde da Família (PSF) como uma nova estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseado na atenção básica deixando relativamente de lado o modelo tecnicista/hospitalocêntrico por se tratar de um modelo que não atende na atualidade as necessidades de saúde. Para as autoras o novo modelo não considera mais somente o indivíduo doente, permitindo assim, tratar a família como o centro da atenção à saúde, ficando o processo de intervenção em saúde, a nova intervenção baseada nas atividades preventivas. As autoras consideram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) onde,

[...]O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANNA; DAL POZ, 1998 apud ROSA e LABATE, 2005, p. 1030).

Visando proporcionar o acesso e melhor adequar os cuidados em saúde, além da redução dos custos, a APS aparece como recurso para melhorar a qualidade dos serviços prestados. A APS é uma ferramenta construída para assumir a coordenação do serviço prestado aos usuários, integrando-os ao sistema e não somente a serviços voltados para grupos em situação de pobreza. Assim, a APS presta serviços variados e é definida como “porta de entrada principal para os serviços de saúde” e ainda promove a continuidade dos cuidados, especialmente em condições crônicas, na integralidade, na coordenação, na forma como envolve a família no processo e na orientação para a comunidade, estando também responsável na resolução de problemas de saúde de sus usuários. (LAPÃO et al, 2017).

No Brasil a APS é executada por profissionais que prestam ambulatorial não especializada nas unidades de saúde do sistema, caracterizado pelo desenvolvimento de diversas atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, embora de elevada complexidade.

Assim, essas unidades são conhecidas como espaços onde ocorre o primeiro contato dos pacientes com o sistema, com capacidade de resolução de grande parte dos problemas de saúde dos usuários (LAVRAS, 2011). A autora descreve que a atenção prestada,

[...]Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (LAVRAS, 2011, p. 870).

5.4 Hipertrigliceridemia

A Hipertrigliceridemia (HTG) é uma espécie de hiperlipidemia que tem origem a partir dos níveis elevados de certo tipo de gordura (triglicéridos) no sangue, isto é, acima de 150ml/dL em adultos e que atinge aproximadamente 29% dos homens e 13% das mulheres adultas. (Francisco et al. ,2016).

Além de ter associação ao aumento do risco cardiovascular, se liga também a outras complicações, conforme explicita Francisco et al. (2016), “a HTG grave (TG > 885 mg/dL) está fortemente relacionada a um elevado risco de desenvolver pancreatite aguda, hepatoesplenomegalia, xantomias eruptivos e lipemiaretinalis”. (Francisco et al., 2016)

Segundo Francisco et al. (2016), pacientes que apresentam HTG grave necessitam de um tratamento a fim de baixar os níveis de TG, dessa forma, é possível prevenir tanto um evento de pancreatite aguda como também complicações cardiovasculares. Eles afirmam que, no caso de uma pancreatite aguda, se o tratamento clínico não for eficaz, é possível a realização da aférese.

5.5 Hipercolesterolemia familiar

“A hipercolesterolemia familiar (FH) é uma doença genética do metabolismo das lipoproteínas e que se caracteriza por níveis muito elevados do colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), de colesterol (LDL-C)” (PEREIRA et., al., 2012, p. 2)

De acordo com ele, a doença pode levar ao risco cardiovascular precoce inclusive à morte. Dessa forma, ele relata a importância da detecção precoce da FH, pois ajuda na prevenção e, se não for tratada a tempo, a previsão é que fica sujeito ao desenvolvimento da

doença cardiovascular a partir dos 40 anos de idade para homens e a partir dos 50 para mulheres.

De acordo com Genest et al. (2014), calcula-se que, dos pacientes canadenses que apresentam HF, uma partícula muito pequena foi diagnosticada, e isso se deve ao fato de que são diversos os critérios utilizados para a diagnose e, em alguns países, segundo relatos médicos, o diagnóstico é feito apenas com julgamento clínico. Mesmo assim, a rede de Hipercolesterolemia Familiar do Canadá tem proposto novos critérios, cujas novas definições revelam excelente concordância com os critérios do Registro DLCNC ou Simon Broom melhorando o desempenho na identificação da HF.

Como asseguram os autores, os fatores de risco associam-se ao modo de vida, como tabagismo, dieta de baixa qualidade, falta de atividade física, obesidade abdominal. Dessa forma, é imprescindível que, além da detecção precoce, pacientes com HF e familiares busquem uma educação do estilo de vida incluindo nutrição, mudança de comportamentos sedentários, controle da pressão arterial e do diabetes e a suspensão do tabagismo.

5.6 Estratificação de risco cardiovascular

Como visto anteriormente, segundo Penalva (2008), são vários os fatores de risco que levam a doenças cardiovasculares (DCV). Assim sendo, verificou-se também que a prevenção e a mudança de estilo de vida são primordiais uma vez que esta é citada como uma das principais causas de mortalidade.

Nesse sentido, faz-se necessário entender melhor não somente o conceito de alto risco cardiovascular como também constatar estratégias de estratificação de risco e, assim, verificar que intervenções devem ser feitas como benefício para o paciente.

Segundo Berwanger (2005), antes de classificar um paciente como portador de diabetes, hipertensão ou dislipidemia, é preciso avalia-lo em termos do seu risco cardiovascular total, pois resultados de estudos observacionais, randomizados e revisões sistemáticas mostraram a conexão de doença coronariana e AVC com diversos fatores não exime a ausência de risco.

Dessa forma, o autor esclarece que, ao declarar, por exemplo, que um indivíduo não é hipertenso pode estar garantindo que o paciente está livre do risco cardiovascular. Por isso, respaldado na análise detalhada das evidências disponíveis, o autor afirma que é preciso determinar o risco cardiovascular total, ditado pela somatória das características clínicas e demográficas de cada indivíduo. Dessa forma, a estratificação de risco cardiovascular de um

paciente é importante no sentido de que a classificação do paciente como sendo de alto risco tenha como resultado a mudança de conduta terapêutica que deve ser entendida clinicamente por redução de maiores eventos cardiovasculares.

Para isso, segundo ele, é preciso considerar de modo crítico a evidência com o objetivo de determinar se a mesma cumpre os critérios, dispostos a seguir:

Critério I. Revisão sistemática de estudos observacionais ou estudo observacional individual com qualidade metodológica e poder estatístico adequados, demonstrando associação independente entre a estratégia proposta e eventos cardiovasculares maiores.
Critério II. Revisões sistemáticas ou estudos randomizados individuais de larga escala e adequadamente delineados, demonstrando que a prescrição de certas intervenções terapêutico-preventivas para pacientes classificados como de alto risco, por determinada estratégia, reduz eventos cardiovasculares maiores.
Critério III. Fácil aplicabilidade, gerando alta confiabilidade ou reprodutibilidade.
Critério IV. Baixo custo e disponibilidade mesmo em centros de baixa complexidade.

Fonte: Berwanger (2005)

As estratégias de estratificação de risco cardiovascular tem por base os critérios acima citados por Berwanger (2005).

A primeira estratégia, trata-se da abordagem pragmática, em que a partir de critérios clínicos simples, ocorre o reconhecimento dos indivíduos que apresentam alto risco cardiovascular. Para a execução desta estratégia, fez-se uso dos critérios de inclusão dos estudos randomizados HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) e HPS 10 (Heart Protection Study) como demonstra o quadro abaixo:

Critérios do Estudo <i>HOPE</i> ¹³	Critérios do Estudo <i>HPS</i> ¹⁰
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade > 55 anos ▪ Pacientes de alto risco para eventos cardiovasculares, devido a: <ul style="list-style-type: none"> - DAC (infarto, angina, RM ou angioplastia) - Doença aterosclerótica não-coronariana - Diabetes mellitus tipo II mais outro fator de risco coronário ▪ Fração de ejeção > 40% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risco elevado de óbito por DAC secundário aos seguintes antecedentes: <ul style="list-style-type: none"> - Infarto do miocárdio ou outra DAC - Doença oclusiva de artérias não-coronárias - Diabetes mellitus ou HAS em tratamento. ▪ Idade 40-80 anos ▪ Colesterol total >3.5 mmol/l (>135mg/dl)

Quadro 1- Critérios de inclusão dos estudos randomizados *HOPE* e *HPS*

Os critérios de risco equivalente à doença coronária, de acordo com ATP III, tem fundamento nos critérios do Heart Out comes Prevention Evaluation (HOPE) e do Heart Protection Study (HPS).

Esta abordagem atende todos os critérios de utilidade por reconhecer as características clínicas, fundamentada em revisões sistemáticas, estudos observacionais e seguimento do grupo placebo de ensaios clínicos randomizados. Assim, entende-se que pacientes com estas particularidades exibem risco maior de eventos cardiovasculares, isto é, superior a 5% (vide Tabela 1).

Tabela 1 - Taxas Anuais de Eventos Cardiovasculares Maiores em Pacientes de Alto Risco

Tipo de Paciente	Evidência	Taxa Anual
Pós-IAM	<i>ISIS-1 e ISIS-2 e APT Collaboration</i>	5.8%
Angina Instável	<i>APT Collaboration</i>	10.2%
Pós-CRM*	<i>CABG Pooling Project</i>	10.8%
Pós-PCP**	<i>NHLBI Registry</i>	7.0%
Doença Arterial Periférica	<i>APT Collaboration</i>	5.0%
Pós-AVC	<i>APT Collaboration</i>	8.9%
Diabetes (> 40 anos e fatores de risco)	<i>ETDRS Trial e MRFIT</i>	Aproximadamente 5%

*CRM = cirurgia de revascularização miocárdica

** PCP = procedimentos coronários percutâneos

É possível afirmar que o acontece o mesmo ao lançar mão dos critérios do estudo HOPE e HPS, cuja taxa de eventos fica em torno de 5% (Tabela 2).

Tabela 2 – Taxa de eventos no grupo placebo dos estudos HOPE e HPS

Grupo de Alto Risco de uma forma geral	<i>HPS Trial HOPE Trial</i>	5,1%
---	---------------------------------	-------------

Segundo o autor, essa abordagem satisfaz ainda os critérios II, III e IV, uma vez que verificou-se que pacientes com estas especificidades que auferem inibidores da ECA e estatinas, denotam chance mínima de desenvolver eventos cardiovasculares maiores, possui baixo custo e é reproduzível, respectivamente.

A segunda estratégia, refere-se a escores de predição clínica cuja finalidade é identificar o risco cardiovascular individual. Segundo Berwanger (2005), alguns escores foram apresentados, tais como: os escores de Framingham, o escore PROCAM, o escore da Sociedade Europeia de Cardiologia denominado SCORE e o escore da Sociedade de Cardiologia da Nova Zelândia. Estes, advieram de estudos realizados e validados. Quase todos estes escores atendem o critério I, pois por meio dos resultados identificou-se taxa de eventos cardiovasculares maiores para cada indivíduo. A respeito do critério II, nenhum satisfaz, uma vez que não há ensaios clínicos randomizados empregando estes escores como parâmetros de inclusão. Sobre o critério III, não existe um consenso entre os profissionais da área e as opiniões são as mais distintas possíveis, entretanto é possível afirmar que alguns admitem a dificuldade em estimar o risco individual, devido ao número de atendimento que é vasto. Outros, alegam que não é difícil, pois é possível aplicar estes escores de forma interativa e gratuita, a partir de websites e de computadores de mão, Palms e Pocket PCs. Berwanger (2005).

Contudo, o autor alerta que, na prática clínica diária, não há uma comprovação definitiva sobre essa facilidade de aplicação destes mecanismos, isto são apenas pontos de vistas pessoais.

Pelo fato destes escores não demandarem exames mais complexos, apresentam um custo baixo e são acessíveis nos Centros de Saúde, preenchendo, dessa forma, o critério IV.

A terceira estratégia, trata-se exames de imagem: escore de cálcio coronário.

Sabe-se que, na contemporaneidade, no que diz respeito a imagem cardiovascular não-invasivos, exames de Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética geram extraordinárias imagens da anatomia coronária. Dessa forma, o escore de cálcio coronário é utilizado para estimas o risco cardiovascular.

Consoante Berwanger (2005), este escore atende apenas o critério I, já que revisões sistemáticas de estudos observacionais encontram-se a disposição e mostram que, além do escore coronário apresentar uma conexão com eventos cardiovasculares, incorpora conhecimento prognóstico sobre o escore de Framingham. Quanto aos outros três critérios, o autor reitera que não é um exame acessível em centros de menor complexidade, seu custo é elevado para a população, especialmente para as de baixa renda.

A última estratégia refere-se aos Biomarcadores: proteína C reativa de alta sensibilidade. O autor sustenta que, de todos os biomarcadores utilizados, a proteína C reativa (PCR) é a maior identificadora de evidências disponíveis.

[...] A PCR representa uma proteína de resposta imune produzida em nível hepático; recentes modelos experimentais indicam que ela também pode ser produzida pelas células musculares lisas em artérias coronárias humanas, expressas em especial na doença aterosclerótica. (Berwanger, 2005).

Berwanger (2005) assegura também que estudos de coorte revelaram substancialmente que a PCR pode prognosticar de forma autônoma o risco de eventos cardiovasculares maiores. Além disso, ela também incorpora informação prognostica às disponibilizadas pelo escore de Framingham e ao diagnóstico de síndrome metabólica. Apesar destas evidências, recente revisão sistemática mostra que embora a PCR de alta sensibilidade esteja correlacionada autonomamente com ocorrências cardiovasculares maiores, essa associação é moderada (OR = 1,5). Assim sendo, defende-se que o critério I é cumprido, bem como o critério III, uma vez que é um método considerado plausivelmente confiável e de custo oportuno. No entanto, os critérios II e IV ficam a desejar, visto que ensaios clínicos randomizados com a proteína C reativa como critério de inclusão são apenas estudos, isto é, não há resultados evidentemente comprovados até o momento e sua acessibilidade em centros de saúde de menor complexidade também não pode ser considerada universal.

A tabela abaixo sintetiza a utilidade das estratégias de estratificação de risco supracitadas:

Tabela 3 – Utilidade de diferentes estratégias para estratificação de risco cardiovascular

Estratégia	Critério I	Critério II	Critério III	Critério IV
Pragmática	+++	+++	+++	+++
Escore	+++	Não	++	+++
Imagem	+++	Não	+++	Não
Biomarcadores	+++	Não	+++	++

Fonte: Berwanger (2005)

Respaldo em tudo o que foi aludido por Berwanger (2005), pode-se inferir que, dos pacientes que apresentam alto risco cardiovascular, grande parte pode ser detectada por critérios clínicos simples, como por exemplo, utilizados pelos estudos randomizados HOPE e HPS. Entretanto, é importante salientar que a utilização destes critérios demanda imperiosamente em mudança de conduta terapêutica. Quanto às estratégias de estratificação

de risco cujos critérios precisam de comprovação definitiva para a sua utilização como ferramentas para tomada de decisão clínica, estas apresentam um futuro promissor.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Os profissionais da ESF Amoroso Costa, observando o diagnóstico situacional, evidenciaram o elevado número de pacientes que apresentando exames clínicos com valores alterados de triglicérides e colesterol, entre homens e mulheres acima de 40 anos inclusive entre seus familiares. Associado aos exames, observou-se que a circunferência abdominal apresentou medidas maiores que 102 cm, aumentando a predisposição em desenvolver Síndrome Metabólica.

Esta proposta, envolve os profissionais da equipe ESF Amoroso Costa, que optaram pelo acompanhamento da população, realizando a busca ativa de pacientes que apresentam o problema. Os usuários acometidos e seus familiares necessitam de análise aprofundada nos hábitos de vida da população adscrita, e também da população das áreas descobertas acolhidas pela equipe na UBS Jacob José Pinto. Foram propostas ações de prevenção, promoção e a reabilitação de toda população acometida, incentivando a mudança de hábitos, prática de atividade física, plano alimentar adequado e acompanhamento de maior qualidade na UBS, melhorando as condições de saúde de toda população sob responsabilidade da equipe.

Os avanços para a modernidade vêm alterando o modo de vida, se observados em relação aos padrões socioeconômicos e culturais das pessoas. Embora diante de importantes fatores que melhoraram a forma de vida do homem, ocorreram mudanças importantes no processo saúde-doença, relacionados a alterações nos hábitos alimentares, gasto energético relacionado às atividades diárias e atividade física. Além disso, o estresse causado vivenciado nos dias atuais nas cidades podem estar contribuindo significativamente para o aumento da incidência de doenças crônicas como a obesidade, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial. Estas doenças, são responsáveis por alterações nas lipoproteínas plasmáticas e aumento de risco para as doenças cardiovasculares e que quando ocorrem simultaneamente associadas à resistência à insulina, determinam a denominada síndrome metabólica a qual depende da interação entre a predisposição genética e estilo de vida inadequado, como padrão dietético, sedentarismo e obesidade, determinando a natureza multifatorial da doença (SALAROLI et. al., 2007)

6.2 Explicação do problema selecionado

É sabido que a mudança de hábitos para um viver mais saudável não é necessariamente uma tarefa fácil e na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da UBS Jacob José Pinto não é diferente. A equipe procura investir na sensibilização pela busca de uma alimentação mais saudável, hábitos diários de higiene, prática de exercício físico e seguimento do tratamento proposto como forma de prevenção e redução dos danos de doenças tais como hipertensão, diabetes, cárie, doença periodontal e outras. Além disso, a exemplo de outras comunidades, percebe-se um aumento de doenças crônicas degenerativas como a hipertensão, diabetes, doenças osteoarticulares como artrose, bem como de câncer, depressão e ansiedade e outros. O envelhecimento da comunidade aos poucos vai acontecendo e trazendo junto as dificuldades para as quais as famílias ainda não estão preparadas, assim como também não estão preparados os sistemas de saúde e social. A baixa renda também é um problema para muitas famílias. Hipertensão, diabetes, cárie. Foi constatado também alto índice de pacientes com patologias de base, com hipertensão arterial e diabetes descompensada e as dislipidemias.

6.3 Seleção dos nós críticos

Os profissionais da ESF da UBS Jacob José Pinto após discussões e propostas destacaram alguns problemas identificados, durante a realização do diagnóstico situacional. A equipe observou a baixa condição socioeconômica impossibilitando um plano alimentar adequado, usuários portadores de transtornos emocionais em meio à demanda espontânea e programada para renovação de receituário de medicação controlada de uso contínuo. Além disso, a equipe vem convivendo com a resistência dos usuários na utilização de drogas psicoativas, solicitando renovação de receitas controladas sem passar por consulta médica.

O Diagnóstico Situacional daquele território permitiu um levantamento dos dados, pesquisas em prontuários da equipe, busca ativa, consultas diárias onde foram evidenciados grupos de risco e resultados de exames solicitados, o índice elevado de Hipertrigliceridemia, Dislipidemia e circunferência abdominal maior que 102 cm em homens e mulheres acima de 40 anos. Alto índice de pacientes com Hipertrigliceridemia, Dislipidemia, Circunferência Abdominal em homens >102 e em mulheres >88 com predisposição de desenvolver Síndrome Metabólica, Obesidade e Doenças Cardiovasculares.

Em relação a Dislipidemia (presença de níveis baixos de HDL colesterol e níveis elevados de triglicérides, embora a elevação do LDL colesterol não seja considerada como um

dos critérios diagnósticos da Síndrome Metabólica, os portadores de Dislipidemia apresentam um risco elevado de doença cardiovascular e cada dia mais cresce o número de pacientes com fatores de risco e doenças crônicas ,tais como, Diabetes, Hipertensão Arterial, com baixa perspectiva de atingir metas lipídicas positivas como meta primária a ser alcançadas com o tratamento concomitantemente com a correção dos níveis do HDL colesterol e dos triglicérides.

Assim, os principais nós críticos do problema foram:

1. Estrutura dos serviços de saúde inadequados (Processo de trabalho inadequado, equipe fragmentada; falta de insumos; estrutura física inadequada em muitas unidades, fila eletrônica parada, falta apoio da gestão, burocracia e comunicação deficiente.
2. Resistência da população em mudar os hábitos de vida (Falta de atingir objetivos terapêuticos, por falta de orientação pela equipe, educação, conscientização e prevenção sobre o excesso de açúcar, fritura e gordura na alimentação).
3. Falta de conhecimentos sobre a doença e sua relação com a alimentação adequada, exercício físico, etc.
4. Falta de acompanhamento pela equipe de saúde para pacientes com dislipidemias

6.4 Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Estrutura dos serviços de saúde inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico 1	Estrutura dos serviços de saúde inadequados
Operação (operações)	Identificados e atualizar os profissionais da equipe sobre as dislipidemias; atualizar o cadastro dos usuários adscritos ao território da equipe para abordar e orientar o acometido e seus familiares que apresentem algum transtorno metabólico durante atendimentos na unidade, visita domiciliar e lembretes diários.
Projeto	Conhecer as dislipidemias
Resultados esperados	Aumentar a compreensão dos fatores de risco a que estão expostos quando exames clínicos mostram alterações e sobre as complicações advindas do comportamento diante da doença.
Produtos esperados	Equipe que consegue utilizar o vínculo, comunicação, etc. entre usuários e profissionais da equipe para melhor utilização das informações, consulta médica, dieta, medicamentos, entre outros

Recursos necessários	Estrutural: Solicitar ajuda dos profissionais da equipe e da equipe do NASF Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre dislipidemias e riscos para melhor informar Financeiro: recurso para impressão de folhetos Político: Adesão de todos os profissionais da equipe
Recursos críticos	Estrutural: Dificuldades com espaço para reuniões de grupo dentro da unidade, usuários acometidos que não comparecem nas consultas e eventos propostos. Cognitivo: Pessoas com dificuldades de leitura para acompanhamento das informações. Sugestão: repetir a informação para assimilação. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe. Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir se necessário

Fonte: Autoria própria

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Resistência da população em mudar os hábitos de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico 2	Resistência da população acometida em mudar os hábitos de vida
Operação (operações)	Garantir a operacionalização dos princípios da Atenção Básica (Primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade do cuidado, Coordenação do cuidado Centralização na família e Orientação comunitária) na UBS, estimular os profissionais da equipe a abordar o tema; Orientar sobre a importância da mudança de hábitos e o reflexo na saúde e qualidade de vida, durante atendimentos na unidade, visita domiciliar e lembretes diários.
Projeto	Importância da saúde
Resultados esperados	Aumentar a compreensão dos fatores de risco a que estão expostos quando exames clínicos mostram alterações e sobre as complicações advindas do comportamento diante da doença.
Produtos esperados	Equipe que consegue utilizar o vínculo, comunicação, etc. entre usuários e profissionais da equipe para melhor utilização das informações, consulta médica, dieta, medicamentos, entre outros
Recursos necessários	Estrutural: Solicitar ajuda dos profissionais da equipe e da equipe do NASF Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre dislipidemias e riscos para melhor

	informar Financeiro: recurso para impressão de folhetos Político: Adesão de todos os profissionais da equipe
Recursos críticos	Estrutural: Dificuldades ou falta de ajuda da gestão, contra referência, etc. Cognitivo: Pessoas com dificuldades de leitura para acompanhamento das informações. Sugestão: repetir a informação para assimilação. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe. Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir se necessário

Fonte: Autoria própria

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de conhecimentos sobre a doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de conhecimentos sobre a doença
Operação (operações)	Diminuir o número de hipertrigliceridemia e dislipidemia, hipertensos diabéticos que fazem o uso de dieta irregular, e ou que não fazem uso da medicação corretamente. Aumentar o nível de informação em relação aos perigos de surgimento de doenças cardiovasculares
Projeto	Saber mais
Resultados esperados	Aumentar a compreensão sobre os exames clínicos, dieta, exercício físico e utilização de medicamentos.
Produtos esperados	Equipe que se comunica com os usuários e estes com a equipe multidisciplinar aprimorando as informações sobre os hábitos de vida, e adesão ao tratamento, inclusive medicamentoso.
Recursos necessários	Estrutural: Solicitar ajuda dos profissionais da equipe e da equipe do NASF Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre dislipidemias e riscos para melhor informar Financeiro: recurso para impressão de folhetos Político: Adesão de todos os profissionais da equipe
Recursos críticos	Estrutural: Dificuldades ou falta de ajuda da gestão, contra referência, etc. Cognitivo: Pessoas com dificuldades de leitura para acompanhamento das informações. Sugestão: repetir a informação para assimilação. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe. Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais.
Controle dos	Favorável

recursos críticos	
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir se necessário

Fonte: Autoria própria

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de acompanhamento pela equipe de saúde para pacientes com dislipidemias”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais

Nó crítico 4	Falta de acompanhamento pela equipe de saúde para pacientes com dislipidemias
Operação (operações)	Estruturar serviços voltados aos acometidos para as hipertrigliceridemias e dislipidemias e diabéticos estimulando a dieta regular, e uso racional de medicamentos corretamente. Aumentar o número que contatos com os usuários com efetivação do vínculo.
Projeto	Acompanhar mais
Resultados esperados	Acompanhar todos os usuários acometidos pelas hipertrigliceridemias e dislipidemias e diabéticos pelo controle através dos exames clínicos, avaliação nutricional e uso dos medicamentos.
Produtos esperados	Adequação de ofertas de consultas a demanda, exames e medicamentos ofertados, considerando a meta de 80% de cobertura.
Recursos necessários	Estrutural: Solicitar ajuda dos profissionais da equipe e da equipe do NASF Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre dislipidemias e riscos para melhor informar Financeiro: recurso para impressão de folhetos Político: Adesão de todos os profissionais da equipe
Recursos críticos	Estrutural: Dificuldades ou falta de ajuda da gestão, contra referência, etc. Cognitivo: Pessoas com dificuldades de leitura para acompanhamento das informações. Sugestão: repetir a informação para assimilação. Político: Adesão de todos os profissionais da equipe. Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações

monitoramento e avaliação das ações	cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir se necessário
--	---

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença das dislipidemias e suas consequências entre usuários adscritos ao território da ESF da Unidade Básica Jacob José Pinto, no município de Uberaba, Minas Gerais é um problema que vem reduzindo a qualidade de vida dos mesmos. Realizado o diagnóstico situacional do território e com o levantamento das dificuldades dos usuários, suas características e acometimentos foi possível verificar os problemas existentes e enfrentados por estes pacientes o que permitiu propor ações estratégicas visando o aumento do cuidado para o usuário através de acompanhamento, transformação de hábitos e opinião a respeito da doença.

Assim, foi construído um plano de ação, que deve ser realizado pelos profissionais da equipe e com apoio da equipe multidisciplinar, proporcionando os atendimentos necessários para reduzir o número de acometidos ou controlar a doença. Existe a necessidade de melhorar a parceria com o gestor para o acompanhamento destes usuários que demandam consultas especializadas, medicamentos e atualização dos profissionais da equipe.

Espera-se com esta proposta de intervenção, a reorganização do estilo de vida de cada usuário que apresentar valores de colesterol e triglicerídeos alterados e que a equipe consiga melhorar seu processo de trabalho e atuar sobre o problema, lançando mão de ferramentas como a realização do exercício físico, dieta adequada, utilização de medicamentos quando necessário, bem como o compromisso do usuário e seus familiares na readequação das novas práticas para melhorar a qualidade de vida.

Além disso, esta intervenção permitirá garantir melhor assistência aos usuários, proporcionando consulta médica, apoio psicológico e atenção social, empenho da equipe na solução do problema.

REFERENCIAS

ALCÂNTARA NETO, O., D.; SILVA, R., C., R.; ASSIS, A., M., O.; PINTO, E., J. Fatores associados à dislipidemia em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia. **Ver Bras Epidemiol**; v. 15; n. 2; p. 335-45; 2012.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Saúde e economia. ANO III – EDIÇÃO Nº 6 OUTUBRO, 2011 Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412160/Saude_e_Economia_Dislipidemia_Edicao_n_6_de_outubro_2011.pdf/a26c1302-a177-4801-8220-1234a4b91260>. Acesso em: 12 Jun. 2019.

BARBOSA, Atílio Gustavo Blanco; SANDRIANI, Darine Caldeira. Sic Resumão/organizadores. São Paulo: Medcel, 2011.

BERWANGER, Otávio. Estratificação de risco cardiovascular: Necessitamos de novos marcadores para identificação do paciente de alto risco?. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIV nº 06 Set/Out/Nov/Dez 2005. Disponível em: <<http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2005/06/Artigo02.pdf>>. Acesso em: 02 Jul. 2019.

CABRAL, C., E.; KLEIN, M., R., S., T. Fitosteróis no Tratamento da Hipercolesterolemia e Prevenção de Doenças Cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 5, p. 475-482, nov. 2017.

CAMARGO JUNIOR, K., R.. Editorial - a Estratégia Saúde da Família: percalços de uma trajetória. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 9-11, 2008 .

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 02 de Jun 2018.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I., S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, Junh. 2011.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, C. et al. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 479-490, 2015.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 02 de Jun 2018

FALUDI, A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol.**; São Paulo, v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, ago., 2017.

FRANCISCO, A. N. et al. Hipertrigliceridemia: há um papel para a aferese profilática? Relato de um caso. *Cardiology Department, Santa Maria University Hospital, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, CCUL, University of Lisbon, Portugal, 2016. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n3/pt_0101-2800-jbn-38-03-0366.pdf> Acesso em 1 Jul. 2019.*

GARCIA-GIUSTINIANI, D.; STEIN, R. Genética das Dislipidemias. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 106, n. 5, p. 434-438, mai.; 2016.

GENEST, J. et al. Canadian Declaração de posição Cardiovascular Society em Hipercolesterolemia Familiar. *Canadian Journal of Cardiology*, 2014. P. 1471-1479.

INEU, M., L.; MANENTI, E.; COSTA, J., L., V.; MORIGUCHI, E. Manejo da HDL: avanços recentes e perspectivas além da redução de LDL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 788-794, dez. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 29 de novembro de 2010. Consultado em 15 de Maio de 2018.

LAPÃO, L., V.; ARCÊNCIO, R., A.; POPOLIN, M., P.; RODRIGUES, L., B., B. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-724, Mar. 2017.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.867-874, 2011. São Paulo

MACEDO, L., E., T; FAERSTEIN, E., I. Colesterol e a prevenção de eventos ateroscleróticos: limites de uma nova fronteira. **Rev. Saúde Pública**. v. 53, n., p. 51:2. 2017.

MACHADO, C., .; LIMA, V., L., D.; BAPTISTA, T., W., F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 02, Out 2017

MACINKO, J.; MENDONÇA, C., S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**|Rio De Janeiro, V. 42, n. 1, p. 18-37, set. 2018.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2011-2022, 2011.

MATTOS, R., A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

PAIM, J., S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PENALVA, Daniele Q. Fucciolo. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. RevMed (São Paulo). 2008out.-dez.;87(4):245-50. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59086>> Acesso em 15 Jul. 2019.

PEREIRA, A. C. et al. I Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar (HF). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 2, supl. 2, p. 1-28, ago. 2012.

PRADO, E., S.; DANTAS, E., H., M. Efeitos dos exercícios físicos aeróbio e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína(a). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 429-433, out. 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Disponível em <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,2787>. Acesso em 14 de janeiro de 2019.

RIBAS, S., A.; SILVA, L., C., S. Dislipidemia em Escolares na Rede Privada de Belém. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.92, n. 6, p. 446-451; 2009.

RIBEIRO, K., C.; SHINTAKU, R., C., O. A influência dos lipídios da dieta sobre a aterosclerose. **ConScientia e Saúde**, São Paulo, v. 3, p. 73-83; 2004.

ROSA, W., A., G.; LABATE, R., C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-amEnfermagem**; v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.

SALAROLI, L., B.; BARBOSA, G., C.; MILL, J., G.; MOLINA, M., C.,B. Prevalência de síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES - Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1143-1152, Out. 2007.

SCHIAVO, M.; LUNARDELLI, A.; OLIVEIRA, J., R. Influência da dieta na concentração sérica de triglicerídeos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 283-288, 2003.

SOUSA, M., F.; HAMANN, E., M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p.1325-1335, 2009.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, Out. 2013.