

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**LILIANE RODRIGUES FIGUEIREDO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DIRECIONADO A MELHORIA NO CONTROLE  
LÍPIDO DOS PACIENTES DA ESF DR. PAULO DE NOGUEIRA REZENDE**

**Três Pontas**

**2015**

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**LILIANE RODRIGUES FIGUEIREDO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DIRECIONADO A MELHORIA NO CONTROLE  
LÍPIDO DOS PACIENTES DA ESF DR PAULO DE NOGUEIRA REZENDE**

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

Orientador: Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

**Três Pontas**

**2015**

**LILIANE RODRIGUES FIGUEIREDO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DIRECIONADO A MELHORIA NO CONTROLE  
LÍPIDO DOS PACIENTES DA ESF DR. PAULO DE NOGUEIRA REZENDE**

Banca Examinadora

Examinador 1:

Examinador 2:

Examinador 3:

Aprovado em \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

A doença arterial coronariana é a principal causa de morte no Brasil e tem a dislipidemia como importante fator modificável. Esse trabalho tem por objetivo prevenir e controlar a Dislipidemia na área de abrangência da ESF Dr. Paulo de Nogueira Rezende, em Três Pontas, MG. Realizou-se uma revisão narrativa e as bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCIELO. O período da pesquisa foi de dezoito anos (1997 a 2015) e as palavras - chave foram: dislipidemia, risco cardiovascular. Foi elaborado um plano de intervenção tendo como referência o PES (Planejamento Estratégico em Saúde), para atuar sobre o problema de saúde priorizado no Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde. O Plano de Intervenção foi elaborado de acordo com os dez passos propostos nos PES, que são: definição de problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação de recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano. A equipe espera que a atuação sobre os nós críticos do problema possibilite alteração dos altos índices de eventos cardiovasculares relacionados à dislipidemia na área de abrangência da ESF Dr. Paulo de Nogueira Rezende.

## **ABSTRACT**

Coronary artery disease is the leading cause of death in Brazil and has dyslipidemia as an important modifiable factor. This work aims to prevent and control dyslipidemia in the area covered by the ESF Dr. Paulo Nogueira Rezende, at Três Pontas, MG. It was performed a narrative review and the databases used were: Virtual Health Library (VHL) and SCIELO. The survey period was eighteen years (1997-2015) and the key - words were: dyslipidemia, cardiovascular risk. An action plan with reference to the PES (Strategic Health Planning) is designed to act on prioritized health problem in the Planning Module and Health Evaluation. The Intervention Plan was prepared in accordance with the ten steps proposed in the PES which are: problem definition, prioritization of problems, problem description selected, explanation of the problem, selection of critical nodes, the design of operations, identification of critical resources, plan feasibility analysis, preparation of operating plan and plan management. The team hopes that the work on the critical problem we enable modification of high rates of cardiovascular events related to dyslipidemia in the area covered by the ESF Dr. Paulo Nogueira Rezende

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>08</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>09</b>
<b>4. MÉTODO</b>	<b>10</b>
<b>5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>11</b>
<b>6. PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>21</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Três Pontas é um município brasileiro localizado na região sul de Minas Gerais. O município possui cerca de cinquenta e quatro mil habitantes, sendo que na zona urbana residem aproximadamente quatro quintos desse total. A MG-167 é a única rodovia que dá acesso ao município, mas a Rodovia Fernão Dias, uma das principais rodovias do país, se encontra a menos de cinquenta quilômetros da cidade.

O clima ameno o ano todo propicia o cultivo do café, que é a maior riqueza econômica do município (conhecido por ser um dos maiores produtores nacionais). No município também se encontram o distrito do Pontalete, que é banhado pela represa de Furnas, muito procurado por turistas devido a suas belezas naturais, e o povoado do Quilombo Nossa Senhora do Rosário.

De acordo com o DATASUS, a cidade possui 03 Policlínicas, 01 Pronto Atendimento Municipal, 01 Hospital, 01 UTI (adultos), 12 consultórios odontológicos, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), 01 Serviço de Atendimento Especializado (SAE), 01 Centro Integrado de Atenção à Mulher e Adolescente (CIAMA), 01 Farmácia básica municipal, 06 Estratégia da Saúde da Família (ESF) – sendo uma delas a ESF Dr. Paulo de Nogueira Rezende, onde será desenvolvido o presente trabalho.

Durante o diagnóstico situacional realizado na atividade 02 do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde da Especialização em Saúde da Família detectou-se, a partir de uma revisão de prontuários, que a dislipidemia constitui um importante problema da população da área de abrangência da ESF Dr. Paulo de Nogueira Rezende.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A mortalidade por Doença Arterial Coronariana é a principal causa de morte no país (XAVIER, 2013) e o colesterol elevado possui evidências para ser considerado o principal fator de risco modificável com base em estudos tipo caso-controle, observacionais, de base genética ou de tratamento (YUSSUF, 2004; FERRENCE, 2012)

Como foi observado que a Dislipidemia é um fator de risco cardiovascular com elevada prevalência na ESF Dr. Paulo de N. Rezende, e que pacientes que sofreram complicações cardiovasculares eram na maioria dislipidêmicos, definiu-se a importância de abordar o tema e se criar um Plano de Ação que possa reduzir de fato as alterações lipídicas e consequentemente, danos cardiovasculares.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Prevenir e controlar a Dislipidemia na área de abrangência da ESF Dr. Paulo de Nogueira Rezende, em Três Pontas, MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Desenvolver ações educativas para a população voltadas para a prevenção e controle da Dislipidemia.

Realizar o acompanhamento clínico e laboratorial do território da ESF Dr. Paulo de N. Rezende diagnosticado com Dislipidemia.

#### **4. MÉTODO**

Para esse trabalho realizou-se revisão narrativa de literatura utilizando os seguintes descritores: dislipidemia, risco cardiovascular. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCIELO. O período da pesquisa foi de dezoito anos (1997 a 2015).

Com base no método de Planejamento Estratégico em Saúde (PES) e nas atividades do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia da Saúde da Família (CAMPOS et al., 2010), definiu-se a dislipidemia como problema importante da ESF Dr. Paulo de N. Rezende. Assim, um Projeto de Intervenção direcionado a prevenção e controle da dislipidemia foi desenvolvido, seguindo-se os dez passos propostos por CAMPOS et al. (2010): definição de problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação de recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A dislipidemia é caracterizada por alterações na concentração de uma ou mais lipoproteínas presentes no sangue (DIAZ, 1997). Pode ser dividida em quatro grupos: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, dislipidemia mista ou diminuição dos níveis de HDL (GOLDBERG, 2015).

De acordo com a etiologia, a dislipidemia pode ser classificada em primária e secundária. As primárias são mutações genéticas únicas ou múltiplas, que resultam em uma superprodução ou depuração defeituosa dos triglicérides ou de colesterol LDL ou distúrbios no metabolismo de HDL. Já as secundárias envolvem condições e doenças que predispõem à alteração lipídica, tais como: ingestão excessiva de gordura saturada, colesterol e gordura trans, sedentarismo, resistência à insulina, uso excessivo de álcool, doença renal crônica, hipotireoidismo, cirrose biliar primária e outras doenças (GOLDBERG, 2015).

Na população brasileira, é observada elevada taxa de dislipidemia. Um estudo realizado com 49.395 adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, observou uma taxa auto referida de dislipidemia próxima de 16,5% (GIGANTE 2009). Outro estudo brasileiro, feito em Salvador, mostrou a prevalência de hipertrigliceridemia em 27% dos homens e em 30% das mulheres. Nessa pesquisa, cerca de 30% da população possuía níveis elevados de colesterol (LESSA, 1997). Nos EUA e México a prevalência de dislipidemia atinge cerca de 60% dos adultos (POSADAS, 1997).

Maus hábitos alimentares e principalmente a prática insuficiente de exercícios físicos constituem fatores de risco para desenvolver dislipidemia cada vez mais comuns na nossa sociedade (ZAROS, 2009). Essa condição ocorreu em consequência da rápida transição advinda da industrialização e mecanização da produção, urbanização, do maior acesso a alimentos processados e aumento do sedentarismo (MONTEIRO,2000) .

É bem conhecida a associação entre níveis elevados de colesterol total e LDL e o risco de doença cardiovascular (OLIVEIRA, 2003), sendo esta a principal causa de morte no Brasil (BRASIL, 2011). Com base em dados da OMS uniformemente padronizados, a mortalidade atribuível às doenças cardiovasculares no Brasil em

2004 foi de 286 óbitos para cada 100.000 pessoas, sendo apenas ultrapassada entre os países sul-americanos pela Guiana e Suriname (WHO, 2009).

As doenças cardiovasculares geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional (BRASIL, 2009). Além disso, se gasta também muito com a reabilitação e encargos previdenciários dos pacientes que tiveram eventos cardiovasculares (XAVIER, 2013).

A condução do tratamento da Dislipidemia e suas consequências passam por medidas de mudanças nos hábitos de vida e quando necessário, pelo uso de medicações (SPOSITO, 2007). Encontrou-se elevado nível de evidência de diminuição e prevenção da dislipidemia com a adoção de hábitos de vida saudáveis, como exercícios físicos e alimentação adequada (XAVIER, 2013). Em relação ao uso de fármacos em pacientes com dislipidemia, estudos clínicos de intervenção mostraram que o controle do colesterol após uso da medicação reduziu a incidência não só da doença arterial coronariana, mas também do acidente vascular cerebral. O benefício da intervenção foi tanto mais significativo quanto maior o risco de eventos clínicos (MARTINEZ, 2003).

A eficácia de medidas preventivas e terapêuticas depende da identificação prévia dos riscos da população e da implantação de programas educativos (NICOLAU, 1992). Estudos concluem que há uma maior incidência de dislipidemias e doenças ateroscleróticas em pacientes que possuem baixa informação sobre o problema ou não aderem ao tratamento. Por isso, as estratégias de saúde devem priorizar ações voltadas para essa população de risco, buscando o controle dos fatores associados à dislipidemia e a ampliação da adesão ao tratamento (PINTO, 2012).

## 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

### **Primeiro Passo: Definição dos problemas**

Os principais problemas observados na Estratégia da Saúde da Família Dr. Paulo N. de Rezende são: uso indiscriminado de medicações psicotrópicas, ausência de contra referência efetiva, dislipidemia persistente e desemprego.

O uso indiscriminado de psicotrópicos é causado muitas vezes pela ideia que os pacientes têm de que a medicação irá retirar a angústia, ansiedade ou tristeza que eles estão sentindo. Essa prática acarreta frustração das expectativas em relação à medicação e dependência crônica das mesmas.

Ausência de contra referência é a não integração entre os níveis de complexidade que prestam atendimento ao usuário e por isso se deve aos profissionais que estão relacionados a esses atendimentos não darem o devido valor às informações que devem constar em uma contra referência de qualidade. Com isso o paciente perde continuidade no cuidado de sua saúde e o serviço de atenção básica perde as informações úteis para que prossiga com os cuidados com o paciente.

Dislipidemia é a alteração das lipoproteínas no sangue. Essa condição está envolvida em patologias como aterosclerose, aumento do risco cardiovascular (infarto agudo do miocárdio e AVC), dentre outras. Existem variados fatores causais, dentre eles os maus hábitos alimentares e a falta de atividade física regular. A consequência desse distúrbio é como já mencionado, o aumento de chance de eventos cardiovasculares, responsáveis no Brasil, pela principal causa de morte.

O desemprego é um problema socioeconômico relevante na ESF referida. A Unidade se localiza na zona rural e por isso muitos usuários se queixam que não possuem ali oportunidades de exercer atividade remunerada.

## Segundo Passo: priorização de problemas

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Dr. Paulo N. de Rezende .

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
<b>Uso abusivo de psicotrópico</b>	<b>Alta</b>	<b>Grande</b>	<b>Parcial</b>	<b>2</b>
<b>Ausência de contra referência</b>	<b>Alta</b>	<b>Grande</b>	<b>Parcial</b>	<b>3</b>
<b>Dislipidemia persistente</b>	<b>Alta</b>	<b>Grande</b>	<b>Parcial</b>	<b>1</b>
<b>Desemprego</b>	<b>Alta</b>	<b>Grande</b>	<b>Fora</b>	<b>4</b>

## Terceiro Passo: descrição do problema selecionado.

Quadro 2 - Distribuição do problema e doenças associadas na população da ESF Dr. Paulo de N. Rezende

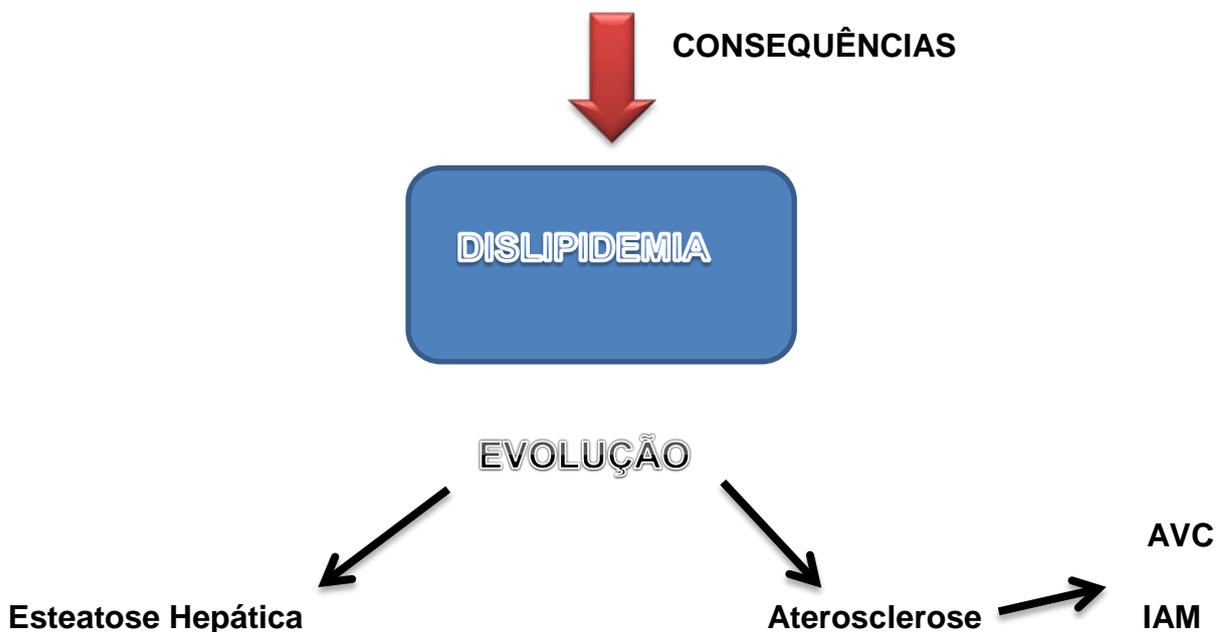
<b>DESCRITOR</b>	<b>VALORES</b>	<b>FONTES</b>
<b>Dislipidêmicos acompanhados</b>	<b>320</b>	<b>Registro da Equipe</b>
<b>Total de Hipertensos</b>	<b>374</b>	<b>SIAB</b>
<b>HAS + dislipidemia</b>	<b>256</b>	<b>Registro da Equipe</b>
<b>Total de diabéticos</b>	<b>69</b>	<b>SIAB</b>
<b>Diabéticos + dislipidemia</b>	<b>50</b>	<b>Registro da Equipe</b>
<b>Dislipidêmicos controlados</b>	<b>30</b>	<b>Registro da Equipe</b>
<b>Dislipidêmicos sem HAS</b>	<b>41</b>	<b>Registro da Equipe</b>

ou DIA		
<b>Obesos dislipidêmicos</b>	<b>233</b>	<b>Registro da Equipe</b>
<b>IAM prévio + dislipidemia</b>	<b>4</b>	<b>Registro da Equipe</b>
<b>AVC prévio + dislipidemia</b>	<b>2</b>	<b>Registro da Equipe</b>

#### Quarto passo : explicação do problema

Esquema explicativo dos fatores etiológicos da Dislipidemia e suas consequências

- ✓ Fatores Genéticos
- ✓ Maus hábitos alimentares
- ✓ Ausência de atividade física regular
- ✓ Aumento circunferência abdominal



Quinto passo: seleção de nós críticos

Foram definidos como nós críticos:

- Falta de informações sobre Dislipidemia – causas, consequências, prevenção e tratamento/controle.
- Acompanhamento clínico da Dislipidemia insuficiente.

### Sexto passo: desenho das operações

Quadro 3 - Organização e Planejamento dos nós críticos da ESF Dr. Paulo de N. Rezende

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Informações insuficientes para a prevenção e controle da dislipidemia	Educação em Saúde no Controle e prevenção da Dislipidemia	Compreensão das causas da dislipidemia e das formas adequadas de sua prevenção e condução tanto pela equipe quanto pela comunidade	Reunião para grupos de estudo entre a Equipe  Palestras educativas e grupos com a Comunidade e	<b>Organizacional</b> : Sala de reunião para a Equipe. Local para palestras em escola e rádio Local para realização de atividade física com a comunidade <b>Cognitivo:</b> Internet para busca de informações sobre o manejo da

				dislipidemia
Acompanhamen to clínico insuficiente	Acompanhament o da Dislipidemia	Maior controle e acompanhamen to da população com dislipidemia ou fatores de risco.	Aumento da busca ativa Aumento da oferta de exames laboratori s	<b>Organizacion al:</b> Fichas individuais para controle de consultas e resultados de exames Agenda para organizar atendimento  <b>Cognitivo:</b> Protocolo de condução da dislipidemia <b>Político:</b> Computador com internet Aumento da oferta de exames laboratoriais

### Sétimo passo: identificação de recursos críticos

Quadro 4 – Recursos Críticos do Projeto de Intervenção da ESF Dr. Paulo de N. Rezende

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
Educação em Saúde no Controle e	<b>Cognitivo:</b> Internet para busca de

prevenção da Dislipidemia	informações sobre o manejo da dislipidemia  <b>Organizacional:</b> Local para palestras em escola e rádio
Acompanhamento da Dislipidemia	<b>Político:</b> Computador com internet Aumento da oferta de exames laboratoriais

### Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 5 – Controle de recursos críticos e ações estratégicas do Projeto de Intervenção da ESF Dr. Paulo de N. Rezende

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Controle de recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Educação em Saúde no Controle e prevenção da Dislipidemia	<b>Cognitivo:</b> Internet para busca de informações sobre o manejo da dislipidemia  <b>Organizacional:</b> Local para palestras em escola e rádio	Secretário de saúde	Indiferente	Reunião com Secretário de Saúde e ESF para levar o projeto para ser avaliado
		Diretora da escola	Favorável	Reunião para apresentação do projeto
		Coordenador	Favorável	Apresentação

		da rádio		do projeto
Acompanhamento da Dislipidemia	<b>Político:</b> Computador com internet Aumento da oferta de exames laboratoriais	Secretário de Saúde	Indiferente	Reunião da equipe e secretário de saúde para apresentação do projeto

### Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 6 - Organização das Operações e seus resultados no Plano de Intervenção da ESF Dr. Paulo de N. Rezende

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável (eis)	Prazo
Educação em Saúde no Controle e prevenção da Dislipidemia	Aumentar as informações sobre prevenção e cuidados na Dislipidemia	Grupos de estudo com a Equipe. Grupos /palestras com a Comunidade	Médica, enfermeira  Médica, enfermeira, ACS, nutricionista.	
Acompanhamento da Dislipidemia	Melhorar o controle lípido e o acompanhamento dos pacientes	Busca ativa Protocolo de atendimento à Dislipidemia. Monitoramento do peso	ACS Médico  Médico, Nutricionista	

### Décimo passo: gestão do plano

Quadro 7 - Organização e prazos dos Produtos esperados no Projeto de Intervenção da ESF DR. Paulo de N. Rezende

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Grupos educativos com Equipe	Médica Enfermeira	15 dias para início. Ação contínua
Grupos / Palestras com a Comunidade	ACS Médica Enfermeira Nutricionista	20 dias para início. Ação contínua
Protocolo atendimento na Dislipidemia	Médica Enfermeira	Início em 03 meses e verificação de resultados em até 01 ano
Agenda rotativa para os pacientes dislipidêmicos	ESF	Dois meses para início. Ação contínua.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do levantamento de priorização de problemas existentes na ESF Dr. Paulo de N. Rezende, a Dislipidemia foi adotada como objeto de estudo do presente trabalho.

Dois fatores foram julgados como “pontos chaves” pela Equipe de Saúde no manejo da Dislipidemia: a informação acerca do agravo e a qualidade do monitoramento para esses pacientes.

A falta de informação ou informação insuficiente por parte de quem compõe a Equipe de Saúde prejudica o acolhimento, a percepção da necessidade de busca ativa e a oportunidade de fornecer informações importantes ao paciente para estimulá-lo à mudança de hábitos prejudiciais. Já para a comunidade, o fato de conhecer as causas da dislipidemia, suas consequências e como prevenir/ controlar a doença é essencial para que cada um consiga realizar sua parte na prevenção/condução da dislipidemia.

Por outro lado, a Equipe precisa se organizar e se planejar para atender da melhor maneira possível os pacientes dislipidêmicos ou com fatores de risco para dislipidemia. Para isso, julgou-se necessário a adoção de um Protocolo de atendimento ao paciente com dislipidemia, baseado no caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a criação de uma agenda rotativa, para controlar os retornos, resultados de exames laboratoriais bem como realizar busca ativa. A Equipe também constatou a necessidade de aumento da oferta de exames laboratoriais, visto que o acompanhamento desses pacientes se dará em grande parte por meio dos mesmos.

A Equipe determinou os recursos que seriam necessários para o desenvolvimento do projeto tentando aproximá-los ao máximo das possibilidades da comunidade, da equipe e da Secretaria Municipal de Saúde. Acredita-se que a maioria dos recursos necessários e das ações planejadas será de fácil viabilidade mediante apresentação do projeto e seus benefícios para a comunidade.

Espera-se com o desenvolvimento do presente trabalho que a Equipe estabeleça com a comunidade uma relação de troca de informações e de acompanhamento contínuo da Dislipidemia, para assim de fato prevenir e modificar os altos índices de eventos cardiovasculares relacionados à dislipidemia.

## 8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>>. Acesso em 10 Nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE, 2011**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>>. Acesso em 10 Nov 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 25/05/2015.

DIAZ, M.N.*et al.* **Antioxidants and atherosclerotic heart disease**. N Engl J Med. 1997; 337(6): 408-16. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199708073370607>>. Acesso em: 25/05/2015.

REFERENCE, B.A. *et al.* **Effect of long-term exposure to lower low-density lipoprotein cholesterol beginning early in life on the risk of coronary heart disease: a Mendelian randomization analysis**. J Am Coll Cardiol. 2012;60(25):2631-9. Disponível em : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23083789>> . Acesso em: 09/11/2015.

GIGANTE, D. P. *et al.* **Prevalence of overweight and obesity and associated factors**. Brazil, 2006. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, supl. 2, p. 83-89, Nov. 2009 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000900011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25/05/ 2015.

GOLDBERG, A.C. **Dyslipidemia**. Merck and the Merck Manuals, 2015. Disponível em <<http://www.merckmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/lipid-disorders/dyslipidemia>>. Acesso em 09 Nov 2015.

LESSA, I. *et al* . **Prevalência de dislipidemias em adultos da demanda laboratorial de Salvador, Brasil**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 69, n. 6, p. 395-400, Dec. 1997 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X1997001200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1997001200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Nov 2015.

MARTINEZ, T. L. R. *et al*. **Campanha nacional de alerta sobre o colesterol elevado: determinação do nível de colesterol de 81.262 brasileiros**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 80, n.6, p.631-634, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v80n6/16049.pdf>> . Acesso em 09 Nov 2015.

MONTEIRO, C.A. *et al*. **Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil**. In: Monteiro CA, ed. Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças, 2nd edn. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000: 247–55. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=164239&indexSearch=ID>>. Acesso em 30 Jun 2015.

NICOLAU, J.C. *et al*. **O perfil do colesterol na cidade de São José do Rio Preto**. Arq Bras Cardiol 1992 59:433-40 8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X1998001100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001100010)>. Acesso em 08 Nov 2015.

OLIVEIRA, G.H. M; FARMER, J.A. **Novos fatores de risco cardiovasculares**. Rev. SOCERJ 2003; 16 (3): 183 – 193. Disponível em: <[http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2003\\_v16\\_n03\\_art03.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2003_v16_n03_art03.pdf)>. Acesso em 08 Nov 2015.

PINTO, D.C. **Perfil epidemiológico das dislipidemias na Unidade de Saúde da Família Ouro Fino/Nova Conquista em Cuiabá - Mato Grosso**. An Congr Sul-Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2012 [citado 2012 Out 10]; 1(1): 74. Disponível em:< [www.cmfc.br/index.php/sul/article/view/75](http://www.cmfc.br/index.php/sul/article/view/75)>. Acesso em 09 Nov 2015.

POSADAS, R.C. et al. **Cholesterol levels and prevalence of hypercholesterolemia in a Mexican adult population.** *Atherosclerosis* 1995; 118: 275-84. Disponível em <[http://www.atherosclerosis-journal.com/article/0021-9150\(95\)05615-7/abstract?cc=y=>](http://www.atherosclerosis-journal.com/article/0021-9150(95)05615-7/abstract?cc=y=>)>. Acesso em 08 Nov 2015.

SPOSITO, A.C. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose.** *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(supl 1):1-18. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013004100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013004100001&script=sci_arttext)>. Acesso em 20 Jun 2015.

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, Oct. 2013.* Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jun 2015.

WHO. **World Health Statistics 2009.** Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em <<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/>>. Acesso em 09 Nov 2015.

YUSUF, S. et al. **Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study).** *Lancet.* 2004; 364(9438): 937-52. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364185>>. Acesso em 10 Jun 2015.

ZAROS, P.R. et al. **Effect of 6-months of physical exercise on the nitrate/nitrite levels in hypertensive postmenopausal women.** *BMC Womens Health.* 2009; 9:17. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19545388>>. Acesso em 09 Nov 2015.