

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família

JOSÉ WALISON MAINART JÚNIOR

**Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose no âmbito
da Equipe de Saúde da Família Belvedere, em Montes Claros, Minas Gerais**

Montes Claros – Minas Gerais

2015

JOSÉ WALISON MAINART JÚNIOR

**Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose no âmbito
da Estratégia Saúde da Família Belvedere**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa, UFMG

Montes Claros – Minas Gerais
2015

JOSÉ WALISON MAINART JÚNIOR

**Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose no âmbito
da Estratégia Saúde da Família Belvedere**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Edison José Corrêa, UFMG

Examinador 2: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de janeiro de 2016.

RESUMO

A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos. Assim como a hipertensão, também é um importante fator de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares que, no caso das dislipidemias, são consequências diretas da aterogênese - processo inflamatório endoarterial insidioso que pode culminar em eventos cardiovasculares agudos e de elevada morbimortalidade, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. A falta de conhecimento sobre o distúrbio, suas causas e complicações, dificulta o controle dos níveis lipêmicos nos pacientes da Equipe de Saúde da Família Belvedere, em Montes Claros - Minas Gerais. Aplicada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional apresenta-se o problema prioritário “Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose”, abordado em seus três nós críticos relatados: nó crítico 1: processo de educação para a saúde, com foco na dislipidemia; nó crítico 2: reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde; e nó crítico 3: proposição de ações que ajudem o paciente dislipidêmico a superar os fatores de risco e estabelecer estilo de vida saudável. Para cada um deles é apresentado um projeto /operação que define os resultados e produtos esperados, quem são os atores e suas responsabilidades, que recursos são necessários ou críticos, quem os controla, se há ações estratégicas e como deverá ser o processo de gestão e acompanhamento. O trabalho apresenta, ainda, revisão bibliográfica sobre dislipidemia e Atenção Primária à Saúde.

Palavas-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Aterosclerose. Dislipidemias. Hiperlipidemias. Fatores de risco. Estilo de vida.

ABSTRACT

Dyslipidemia is defined as a disorder that alters the serum levels of lipids. As well as hypertension, is also an important risk factor for the occurrence of cardiovascular and cerebrovascular diseases, in the case of dyslipidemia, are direct consequences of atherogenesis - endoarterial insidious inflammatory process that can culminate in acute cardiovascular events and high mortality, such as acute myocardial infarction and stroke. Lack of knowledge about the disorder, its causes and complications, hinders the control of lipid levels in patients of the Family Health Team Belvedere, in Montes Claros - Minas Gerais. Applied the methodology of Situational Strategic Planning shows the priority problem "Treatment of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis", approached in its three critical nodes we reported: critical node 1: education process for health, focusing on dyslipidemia; critical node 2: reorganization of the health care team work process; and critical node 3: stock proposition to help the patient overcome dyslipidemic risk factors and establish healthy lifestyle. For each of them presents a project /operation defining results and products, who are the actors and their responsibilities, what resources are needed or critics, who controls them, if there are strategic actions and how should be the process of management and supervision. The work also presents literature review on dyslipidemia and primary health care.

Keywords: Primary Health Care Health Strategy. Atherosclerosis. Dyslipidemia. Hyperlipidemia. Risk factors. Lifestyle.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Apresentação do município	7
1.2 Sistema Municipal de Saúde	9
1.3 Território e área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Belvedere	10
1.4 Identificação e priorização dos problemas locais de saúde: Equipe de Saúde da Família Belvedere	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 METODOLOGIA	15
5 BASES CONCEITUAIS	17
5.1 Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família	17
5.2 Dislipidemias, hiperlipidemias e aterosclerose	19
5.3 Fatores de risco e estilo de vida relacionados à dislipidemia	20
5.4 Diagnóstico e tratamento das dislipidemias	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do município

Montes Claros é um município brasileiro que se localiza na região norte do estado de Minas Gerais. Situa-se também ao norte da capital do estado, Belo Horizonte, distando-se desta cerca de 426km. Ainda fica localizado próximo à divisa com o estado da Bahia, estando a, aproximadamente, 360km da fronteira entre os dois estados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Montes Claros foi emancipada em meados do século XIX e, desde há muito tempo, baseia-se na indústria e no comércio como referências em suas atividades econômicas, sendo considerada um polo industrial regional. Nos dias atuais, é formada por dez distritos, sendo que ainda é subdivida em cerca de 200 bairros e povoados. Conta com diversos atrativos naturais, históricos e culturais, como os parques municipais Milton Prates, Guimarães Rosa e Sapucaia, que são importantes áreas verdes, e construções como a Catedral de Nossa Senhora Aparecida e a Igrejinha dos Morrinhos, além dos vários sítios arqueológicos (MONTES CLAROS, 2013).

A economia de Montes Claros é diversificada pelas atividades agropecuárias, industriais e de prestação de serviços. A principal fonte econômica está centrada no setor terciário, com seus diversos segmentos de comércio e prestação de serviços de várias áreas, como educação e saúde. Em seguida, destaca-se o setor secundário, com complexos industriais de grande porte, além das unidades produtivas de pequeno e médio porte (MONTES CLAROS, 2009).

O clima montesclareense é caracterizado como tropical, com diminuição de chuvas no inverno e temperatura média anual de 22,4°C, tendo invernos secos e amenos e verões chuvosos com temperaturas altas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

No entorno da cidade há uma falha geológica, que é apontada como possível responsável por frequentes tremores de terra locais, que chegam a 4 graus na escala Richter. Ela tem cerca de 3km de extensão, estendendo-se da região do Vila Atlântica (mais atingida) à Serra do Sapucaia, e possui cerca de 3km de profundidade (ESTADO DE MINAS, 2012).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística contabilizou 361.971 habitantes para o município de Montes Claros, dos quais 344.427 (95,17%) situam-se na zona urbana e 17.488 (4,83%) na zona rural, sendo o sexto mais populoso do estado e o 62º do país, além de apresentar uma densidade populacional de 101,41 habitantes por km². Segundo o IBGE, a população estimada para 2015 é de 394.350 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015)

O município conta com escolas em todas as suas regiões. A população da zona rural tem fácil acesso a escolas em bairros urbanos próximos em razão da alta taxa de urbanização. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2013, de 5.4; valor acima ao das escolas públicas de todo o Brasil, que é de 5.2, apresentando índices cada vez maiores ao longo dos anos (MONTES CLAROS, 2014).

Considerada um polo universitário, Montes Claros também conta com a presença de duas universidades públicas – a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – além de diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do ensino superior. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Montes Claros é considerado alto. Seu valor é de 0,770, sendo o 227º maior de todo país (entre 5.565 municípios) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Conforme a Companhia de Saneamento de Água e Esgoto - COPASA (2015), Montes Claros apresenta 90% de abastecimento de água e 95% de esgoto. Ainda possui cobertura de 100% de luz elétrica em área urbana (COMPANHIA ENERGÉTICA DE MINAS GERAIS, 2015).

A cidade é referência regional na prestação de serviços na área da saúde. Segundo dados do IBGE (2015), o município dispõe de 921 leitos hospitalares, dos quais 916 são destinados para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Sistema Municipal de Saúde

Segundo dados colhidos junto à Secretaria Municipal de Saúde, para satisfazer a Atenção Secundária e Terciária no setor público e privado, conta-se com os seguintes hospitais: Santa Casa de Misericórdia, Hospital Universitário Clemente Faria (HUCF), Hospital Aroldo Tourinho, Hospital Dilson Godinho, Hospital PRONTOSOCOR e INCOR - Instituto de Cardiologia Aroldo Tourinho. Possui, ainda, o Pronto Atendimento Alpehu de Quadros, Policlínica Ariosto, Policlínica Dr. Carlos José do Espírito Santo (Policlínica Alto São João), além de clínicas particulares de especialidades e complexidades diversas. Apresenta também ambulatórios especializados, Hemocentro, Centros de Diálise, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS - AD e TM), uma residência terapêutica, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) modalidade II, em transformação para modalidade III, centros de convivências para idosos como o Lar das Velhinhas, o Asilo São Vicente de Paula. Conta, ainda, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

Com relação ao nível da Atenção Primária em Montes Claros, de acordo com Narciso *et al.* (2006), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi inserido no ano de 1996 nos bairros Vilage do Lago, Chiquinho Guimarães, Vila Anália, Independência e Vila Sion. Após três anos, teve início a residência em Medicina de Família e Comunidade do HUCF. Em março do ano referido, foram implantadas quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em Montes Claros. Em outubro, outras seis equipes também foram instaladas e, ainda no final de 1999, foi aprovada a criação de mais seis Unidades Básicas de Saúde.

Ainda é importante acrescentar que novas equipes foram inauguradas na cidade entre os anos de 2000 e 2004, sendo que a primeira equipe em zona rural foi implantada em 2000, no distrito de Nova Esperança e mais três em 2004, nos distritos de Santa Rosa de Lima, Aparecida do Mundo Novo e São Geraldo II (NARCISO *et al.*, 2006).

Em julho de 2005, no município de Montes Claros as equipes de saúde bucal foram incluídas em 10 Programas Saúde da Família. Em fevereiro de 2006, foi instituído o Curso de Especialização em Saúde da Família na Modalidade de Residência para cirurgiões-dentistas e enfermeiros, agregando o cirurgião-dentista à equipe multiprofissional. Em 2013, foi inserida ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família a presença de psicólogos (NARCISO *et al.*, 2006).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (2013), o município apresenta 77,84% de cobertura da Estratégia Saúde de Família (ESF), com 76 equipes. No entanto, novas equipes estão em processo de implementação, territorialização e cadastramento. Contempla ainda 66 equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo que dessas 59 estão na zona urbana e 7 na zona rural; e 54 são modalidade I e 12 modalidade II. Destas, 12 fazem parte da residência. A rede física municipal da zona urbana é dotada ainda de 15 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), modelo tradicional - antigo Centro de Saúde. A zona rural é dotada de oito Postos de Saúde distribuídos nos distritos: Nova Esperança, Miralta, Santa Rosa de Lima, São Pedro das Garças, Aparecida do Mundo Novo, São João da Vereda, Ermidinha, Vila Nova de Minas.

1.3 Território e área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Belvedere

A equipe de Saúde da Família (ESF) Belvedere, do perímetro urbano, rua Olivina, nº240, bairro Monte Carmelo, foi implantada no ano de 2014, contando com seis microáreas. Inserida na Unidade Básica de Saúde Santa Lúcia I /Monte Carmelo II, é responsável pelo atendimento da população dos bairros Belvedere, Vila Fênix e Veneza Park. São 735 famílias cobertas, possuindo um total de 2.205 pessoas cadastradas. O horário de funcionamento é das 07:30 às 12:00 horas e das 14:00 às 17:30 horas, de segunda a sexta-feira.

Na unidade, funcionam três equipes de saúde: Santa Lúcia I, Monte Carmelo II e Belvedere. Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar em saúde bucal, seis agentes comunitários. Apresenta uma infraestrutura com as condições físicas para realização do trabalho consideravelmente adequadas. A unidade possui sala de espera com cadeiras, recepção, sala de reuniões, expurgo, Central de Material e Esterilização (CME), copa, banheiros feminino e masculino, três consultórios médicos, um consultório odontológico, sala de curativo, três consultórios de enfermagem e sala de procedimentos ambulatoriais, apesar de que esta não dispõe de materiais adequados para realizar suturas e pequenas cirurgias. Não há farmácia na unidade, obrigando os clientes a buscarem a medicação no posto vizinho.

Em relação à outros recursos disponíveis na comunidade, o comércio apresenta-se apenas em bairros próximos, principalmente trabalhos informais. Dispõe-se de uma escola próxima ao posto de saúde e de uma igreja evangélica. Conta com uma adequada rede de água, esgoto e luz elétrica, atingindo 100% da população. Porém, a maioria das ruas locais

não apresenta asfalto, um problema crônico, que se encontra nas metas de melhoria da prefeitura.

O nível de alfabetização da população adscrita é considerável satisfatório, pois 45% da população conta com o ensino médio completo; 23% está cursando a faculdade, 12% tem o ensino fundamental incompleto, 8% o ensino fundamental completo, 2% nunca frequentou a escola. Quanto à taxa de emprego, 58% trabalha em setor estatutário ou municipal, 26% trabalham como autônomo, 12% do lar, 4% são aposentados (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2015).

1.4 Identificação e priorização dos problemas locais de saúde: Equipe de Saúde da Família Belvedere

Durante o desempenho das atividades na Unidade Santa Lúcia I/ Monte Carmelo II (ESF Belvedere), foram identificados problemas que devem ser resolvidos tanto na parte estrutural como em prevalência e relevância para a população na área de abrangência da equipe Belvedere. Dentre os vários problemas que a equipe de saúde diagnosticou, destacam-se os seguintes:

- Dislipidemia, principalmente em pacientes com mais de 45 anos
- Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica, na maioria dos casos mal controlada, especialmente em idosos
- Não realização da classificação de risco: não se aplica o Protocolo de Manchester e, conseqüentemente, a triagem ocorre sem se estabelecer uma ordem de prioridade para atendimento que respeite as necessidades de saúde dos pacientes
- Uso indiscriminado de anti-inflamatório não-esteróide (AINE)
- Alta incidência de dispepsia funcional, decorrente de transtorno de ansiedade generalizada.

Dos problemas listados, a dislipidemia se apresenta com destaque no nosso meio de atuação, tanto em quantidade de pacientes acometidos, como na gravidade e risco de possíveis complicações e elevados gastos para tratamento e reabilitação dos mesmos. Dessa forma, o problema selecionado foi a dislipidemia, e para o qual será elaborado e proposto um projeto de intervenção.

Através da estimativa rápida, realizada conforme análise da produção médica de atendimentos programados e reuniões de fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com os agentes comunitários de saúde, a enfermeira e outros profissionais de saúde da unidade chegamos à conclusão que os fatores de risco que colaboram para aumento da dislipidemia e, conseqüentemente, do risco cardiovascular são os itens cruciais a serem abordados. São fatores potencialmente modificáveis e que acometem boa parte da população adscrita da ESF Belvedere.

2. JUSTIFICATIVA

A dislipidemia, primária ou secundária, é um dos fatores responsáveis pela aterogênese, processo inflamatório endoarterial insidioso que pode culminar em eventos cardiovasculares agudos de elevada morbimortalidade, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de dislipidêmicos em nossa região, especificamente na população adscrita no território da equipe de Saúde da Família Belvedere, zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais; e um controle adequado dessa patologia, mediante correta adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, com ações concomitantes de prevenção da aterosclerose, pode causar importante impacto no risco cardiovascular, reduzindo a morbimortalidade e os gastos em saúde com essa moléstia.

3. OBJETIVO

Os objetivos desse trabalho são os seguintes:

3.1 Objetivo geral

Elaborar e apresentar um projeto de intervenção, visando à melhoria significativa nos níveis plasmáticos de lipídeos da população portadora de dislipidemia, no território pertencente à Equipe de Saúde da Família Belvedere, do município de Montes Claros, Minas Gerais, para que se obtenha uma profilaxia eficaz no sentido de evitar /reduzir a incidência das graves complicações cardiovasculares agudas, decorrentes da aterosclerose.

3.2 Objetivos específicos

- Propor ações de educação em saúde, através de palestras e grupos operativos, sobre a importância de um controle lipêmico rigoroso, de forma que o paciente entenda sua doença, meios de tratamento e principais complicações.
- Propor processo de capacitação da equipe de saúde a fim de que seja habilitada a abordar o paciente dislipidêmico, visando melhorar sua adesão ao tratamento e controle da doença.
- Propor ações que ajudem o paciente dislipidêmico a superar os fatores de risco e estabelecer estilo de vida saudável, tais como: prática de exercícios físicos, dieta balanceada, cessação do tabagismo, controle dos níveis pressóricos e de lípidos séricos e o uso da medicação prescrita.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse método visa resolução de problemas detectados na realidade, confrontados com um padrão considerado não adequado ou não tolerável e que motivam os atores sociais a enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Com a participação da equipe de Saúde da Família Belvedere (ESF Belvedere), que tem função importante no projeto de intervenção, nós críticos foram detectados e descritos e, para cada um deles, as operações /projetos, produtos, recursos necessários, responsáveis, cronograma de execução e processos de acompanhamento e avaliação. Metodologicamente foram observadas as orientações do módulo Planejamento das Ações de Saúde, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No intuito de realizar a pesquisa das referências bibliográficas que serviram para embasar cientificamente este trabalho, foram utilizados os seguintes descritores e/ou palavras-chave:

- Atenção Primária à Saúde
- Estratégia Saúde da Família
- Aterosclerose
- Dislipidemias
- Hiperlipidemias
- Fatores de risco
- Estilo de vida

Foram encontrados vários materiais relativos ao tema em foco, como artigos de periódicos, nas línguas portuguesa e inglesa, publicados, em sua maioria, entre os anos de 2010 e 2013; e, ainda, empregou-se o uso de documentos e artigos consagrados, datados de décadas anteriores. Além disso, a base de dados contida nos respectivos endereços eletrônicos também foi utilizada, tendo sido realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa.

A busca também foi feita em livros-textos de renome científico na área da saúde, como tratados de Medicina Interna. Ainda foram realizadas pesquisas diretas em banco de dados da Prefeitura Municipal de Montes Claros, Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e da biblioteca da Universidade Estadual de Montes Claros, além de participação em reuniões de fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e discussão de assuntos inerentes ao processo de trabalho da ESF Belvedere com os membros de sua equipe de saúde.

Para a elaboração do texto foram obedecidas as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), de acordo com o módulo Iniciação à metodologia: textos científicos, do CEESF (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

5. BASES CONCEITUAIS

5.1 Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família

A organização do sistema de serviços de saúde em três níveis principais, com funções específicas e vínculos formais estabelecidos entre os mesmos foi proposta no início da década de 1920, na Inglaterra. A formulação supracitada foi a base para definir o conceito de regionalização: “um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população” (STARFIELD, 2002, p. 30).

Conforme Starfield (2002), a Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, em sua trigésima reunião, definiu como meta social unânime para os governos participantes o tema “Saúde para Todos no Ano 2000”. Esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios foram declarados na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), entre seis e 12 de setembro de 1978 e trataram do tópico da “atenção primária à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). O consenso definido em Alma-Ata foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979. A atenção primária à saúde foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 1 e 2)

Campos e Guerrero (2010) *apud* Figueiredo (2011, p. 53), ainda definem a Atenção Primária à Saúde da seguinte maneira:

Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação – constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma organização assistencial relevante nos países que desejam um sistema com atenção de saúde qualificada, universal e equitativa. Starfield (2002), através de seus estudos na área em foco, aponta que as evidências dos impactos positivos da APS são inúmeras, considerando sua atuação em países diversos.

Para Starfield (2002, p. 29):

Atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes tem acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.

No contexto nacional, segundo Brasil (2012), a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com a meta de reestruturar da Atenção Primária à Saúde no Brasil, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e estruturada na Unidade de Saúde da Família (USF); e o Ministério da Saúde, com seus gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems a compreendem como:

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p. 54)

A Estratégia Saúde da Família visa à avaliação contínua do estado de saúde da população e à coordenação e efetivação de suas práticas, adaptadas ao enfrentamento dos problemas vigentes. “É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais” (CAMPOS e GUERRERO, 2010 *apud* FIGUEIREDO, 2011).

Ainda, para possibilitar suas ações, é fundamental a constituição de uma equipe multiprofissional com a presença de enfermeiro generalista, médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (TEIXEIRA e COSTA, 2003 *apud* FIGUEIREDO, 2011).

Entre os objetivos da Estratégia Saúde da Família incluem-se: a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre

os fatores de risco a que esta população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (BRASIL, 1997).

A operacionalização desses objetivos ocorre por meio da definição territorial da clientela, a noção da família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas. (COSTA e CARBONE 2009 *apud* FIGUEIREDO, 2011, p. 56)

5.2 Dislipidemias, hiperlipidemias e aterosclerose

A doença cardiovascular (DCV) apresenta elevada prevalência na população mundial, como atesta o número de casos avaliados em 1990 (14 milhões) e sua perspectiva para 2020 (25 milhões), nos países orientais e ocidentais (REDDY, 2004 *apud* LOPES *et. al.*, 2006).

A dislipidemia, segundo Goldberg (2013), é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos, elevando o colesterol plasmático, triglicérides (TGs), ou ambos, ou provocando um baixo nível de lipoproteína de alta densidade (HDL-C) que contribui para o desenvolvimento da aterosclerose.

As causas podem ser primárias (genéticas) ou secundárias, relacionadas ao hábito alimentar, ao estilo de vida, à morbidades adquiridas como: diabetes mellitus, hipotireoidismo, obesidade e o uso de medicamentos, como diuréticos, betabloqueadores, corticóides e anabolizantes (LIBBY, 2002).

O elo entre dislipidemias e aterosclerose é universalmente aceito pelos pesquisadores. Os dados que permitiram estabelecer com segurança esse vínculo foram obtidos de estudos epidemiológicos, clínicos, experimentais, anatomopatológicos e terapêuticos, a maioria deles utilizando, para análises, valores bioquímicos das dosagens do CT, TG e HDL-C ou da determinação do LDL-C (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1994).

A aterosclerose, doença progressiva caracterizada pelo acúmulo de lipídeos e componentes fibrosos em grandes artérias, é a causa primária de doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral (AVC), sendo responsável por aproximadamente 50% das mortes em países ocidentais (ROBERTS, 1995).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), a aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial,

acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibres. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devido a diversos fatores de risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo. O depósito de lipoproteínas na parede arterial, processo-chave no início da aterogênese, ocorre de maneira proporcional à concentração dessas lipoproteínas no plasma.

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), a maioria dos estudos que avaliaram o impacto do tratamento sobre o risco cardiovascular (CV) e estudos com fármacos se baseou na análise do CT e do LDL-C, sendo que o benefício clínico da utilização de outras medidas, entre as quais a apo B, o colesterol não-HDL e várias relações, embora, por vezes, lógico, não foi ainda estabelecido na prática. Portanto, as medidas tradicionais de risco CV, como CT e LDL-C, são mantidas e corroboradas por evidências de numerosos estudos, constituindo-se no principal alvo terapêutico na prevenção da doença CV.

5.3 Fatores de risco e estilo de vida relacionados à dislipidemia

Os fatores de risco para esta doença, de acordo com Lopes *et. al.* (2006), são divididos em maiores e menores e, ainda, em mutáveis e imutáveis. São considerados maiores e mutáveis: diabetes melito, hipertensão arterial, hábito de fumar e hipercolesterolemia, sendo o HDL-colesterol (HDL-C) baixo mutável, em parte. Os fatores de risco mutáveis são: idade, sexo masculino, e a existência de DCV prévia ou na família. Obesidade, inatividade física e fatores psicossociais são fatores de risco menores e mutáveis, ao lado de alterações bioquímicas, como hiper-homocisteinemia, hiperfibrinogenemia, aumento de Lp (a) e de proteína C-reativa, que podem ser mudados em graus variáveis, mas de efeitos ainda desconhecidos na proteção cardiovascular (LOPES *et. al.*, 2006).

Como refere Fodor (2011), fundamentalmente, os grandes fatores de risco para a elevação dos valores lipídicos séricos da população são comportamentais, como sedentarismo, obesidade e dieta inadequada. Fatores estes que ficam bem evidentes na história de vida dos pacientes do nosso território de abrangência. Outro fator que corrobora para esse problema é a falta de conhecimento por grande parte da população, que não sabe estimar a gravidade das doenças consequentes a esse distúrbio, e muito menos como controlar os níveis plasmáticos dos lipídeos.

A melhor tradução dessas relações maiores é o clássico Estudo Framingham, nos EUA, mostrando o efeito aditivo de fatores de risco sobre a mortalidade cardiovascular, devido a várias associações entre hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes melito, HDL-C baixo, hábito de fumar e presença de alteração eletrocardiográfica (KANNEL, 1996 *apud* LOPES, 2006).

5.4 Diagnóstico e tratamento das dislipidemias

As dislipidemias possuem o diagnóstico baseado na interpretação do perfil lipídico, que engloba as contagens do colesterol total (CT), HDL-colesterol (HDL-c), triglicérides (TGs) e cálculo do LDL-colesterol (LDL-c), através da fórmula de Friedewald. Alguns laboratórios têm fornecido o valor do LDL-c por métodos de dosagem direta, para os quais ainda faltam evidências de total confiabilidade (BERTOLAMI e BERTOLAMI, 2013).

Segundo Bertolami e Bertolami (2013), o diagnóstico das dislipidemias raramente é feito pelos sinais clínicos apresentados por alguns pacientes, especialmente os portadores de alterações lipídicas decorrentes de anomalias genéticas. Dessa forma, o arco ou halo córneo pode ser indicativo de distúrbios lipídicos em pacientes abaixo dos 55 anos de idade, assim como xantomias e xantelasmas ainda podem apresentar-se nessas situações.

Assim como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a alteração no metabolismo das lipoproteínas circulantes (dislipidemias) também é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Para reduzir o risco de infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e outros eventos cardiovasculares, bem como possível complicação com pancreatite (resultante de aumento exacerbado dos triglicérides), conforme afirma Bertolami e Bertolami (2013), são indicados tratamentos não medicamentosos (basicamente relacionados à alteração do estilo de vida) e medicamentosos, dentre esses as estatinas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013, p.9):

A terapia nutricional deve sempre ser adotada. O alcance das metas de tratamento é variável e depende da adesão à dieta, às correções no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo – e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental.

Avanços importantes foram conquistados, nas duas últimas décadas, com o desenvolvimento de hipolipemiantes com potenciais cada vez maiores para redução da hipercolesterolemia, permitindo a obtenção das metas terapêuticas, principalmente do LDL-C. Além das drogas já estabelecidas para tratamento – estatinas; resinas; ezetimiba; fibratos; niacina e ácidos graxos ômega 3 –, novas classes tem sido investigadas, sendo essas: Inibidores da proteína de transferência de éster de colesterol (CETP); Inibidor da Microsomal Transfer Protein (MTP); Inibidores do Proprotein convertase subtilisin kexin type 9 (PCSK9) e Inibidores da síntese de apolipoproteína B (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando os problemas identificados e a definição de dislipidemia como o problema-foco, para o qual será proposto o plano de intervenção, é necessário caracterizar os nós críticos, ou seja, os problemas intermediários que, uma vez solucionados, também resolverão ou, pelo menos, minimizarão o problema principal; sendo o objetivo final a redução do risco cardiovascular e prevenção de eventos que podem causar a morte ou grave morbidade ao indivíduo.

Percebemos que a maioria dos usuários não conhece a dislipidemia, os cuidados necessários inerentes à condição, sua prevenção e controle - como prática regular de atividades físicas, manutenção de uma dieta balanceada ou uso correto dos medicamentos - e que, somada a outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, obesidade e diabetes, pode acarretar repercussões irreparáveis.

Dessa forma, fica evidente para a equipe de saúde Belvedere que as questões complementares (nós críticos) a serem abordados em relação à grande incidência de dislipidemia, tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose em nossa área de abrangência são:

Nó crítico 1: Processo de educação para a saúde, com foco na dislipidemia: a falta de informação por parte dos pacientes e de suas famílias, no que diz respeito às possíveis consequências trágicas do distúrbio e como preveni-las, com ações de ensinar a importância de um controle lipêmico rigoroso, de forma que o paciente entenda sua doença, meios de tratamento e principais complicações.

Nó crítico 2: Reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde: o processo de trabalho da equipe de saúde é insuficiente, no que tange ao fornecimento de informações adequadas sobre dislipidemia e seu tratamento ao usuário, e à promoção de grupos operativos sobre o tema em debate, somado à falta de estrutura do serviço, que não possui um educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar desse distúrbio.

Nó crítico 3: proposição de ações que ajudem o paciente dislipidêmico a superar os fatores de risco e estabelecer estilo de vida saudável, tais como: prática de exercícios físicos, dieta balanceada, cessação do tabagismo, controle dos níveis pressóricos e de lípidos séricos e o uso da medicação prescrita.

Para cada um deles é apresentado um projeto /operação que define os resultados e produtos esperados, quem são os atores e suas responsabilidades, que recursos são necessários ou críticos, quem controla, se há ações estratégicas e como deverá ser o processo de gestão e acompanhamento (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema prioritário “Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Belvedere, em Montes Claros, Minas Gerais

Nó crítico 1	Processo de educação para a saúde, com foco na dislipidemia
Projeto 1	Educação em saúde para a população
Operação 1	Programar palestras e grupos operativos sobre o tema dislipidemia
Resultados esperados	Obter uma melhor compreensão da dislipidemia e suas graves consequências por parte do paciente, sanar suas dúvidas mais frequentes e garantir que o mesmo se sinta seguro, confiante e motivado para se submeter adequadamente ao tratamento proposto.
Produtos esperados	Melhor controle da dislipidemia e diminuição de sua morbimortalidade na população-alvo
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro, ambos serão responsáveis por organizar e ministrar as palestras e grupos operativos sobre o tema dislipidemia
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico da Unidade Básica de Saúde, cartazes, projeções de slides, computador Cognitivo: informações acerca de dislipidemia, palestras, dinâmicas em grupo Financeiro: nenhum Político: nenhum
Recursos críticos	Informação em saúde
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: médico e enfermeiro Motivação: alta
Ações estratégicas de motivação	Informar aos pacientes dislipidêmicos do território sobre os grupos, buscar o incentivo de familiares, veicular a informação dos grupos e palestras em outros segmentos da comunidade
Responsáveis:	Walison Júnior (médico) e Aline (enfermeira)

Prazo	Realizar palestra quinzenalmente e grupos operativos uma vez por mês, por 6 meses, abordando temas sobre dislipidemia (causas, fatores de risco, controle, tratamento e consequências)
Gestão do plano , acompanhamento e avaliação	A gestão do projeto será compartilhada entre o médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde; o acompanhamento dos pacientes em questão será em caráter continuado, com agendamento de consultas programadas paralelamente aos encontros dos grupos; ainda serão realizadas aferição de pressões arteriais e medição de glicemia capilar (se for o caso) e instituição de um plano de cuidado individualizado para cada paciente; para avaliação do projeto, será realizada uma pesquisa com os participantes no último encontro, de modo que uma análise qualitativa dos pontos positivos e negativos seja apreciada.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema prioritário “Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Belvedere, em Montes Claros, Minas Gerais

Nó crítico 2	Reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde
Projeto 2	Educação permanente em saúde
Operação 2	Reunir a equipe de Saúde da Família Belvedere para discutir assuntos essenciais acerca do tema dislipidemia
Resultados esperados	Informação atualizada e compartilhada entre os membros da equipe de Saúde da Família Belvedere sobre dislipidemia
Produtos esperados	Equipe de saúde capaz de orientar o paciente acerca do tema dislipidemia, inclusive sobre seu tratamento e motivação para tal. Reuniões mensais para atualização sobre dislipidemia.
Atores sociais/ responsabilidades	Toda a equipe: médico e enfermeiro (palestrantes), agentes comunitários de saúde, técnico em enfermagem, dentista e auxiliar de saúde bucal (participantes)
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico da Unidade Básica de Saúde, cartazes, projeções de slides, computador Cognitivo: informações atualizadas acerca de dislipidemia, palestras, dinâmicas em grupo Financeiro: nenhum Político: nenhum
Recursos críticos	Informação atualizada em saúde
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: médico e enfermeiro Motivação: alta
Ações estratégicas de motivação	Sensibilizar os atores envolvidos (equipe de saúde) sobre a importância do tema em foco. Organizar a agenda de modo a garantir participação de todos os membros.
Responsáveis:	Equipe
Prazo	Realizar reuniões mensais com toda a equipe de Saúde da Família, abordando assuntos essenciais sobre o tema dislipidemia, com duração de 6 meses (seis reuniões).
Gestão do plano , acompanhamento e	O médico e o enfermeiro da unidade ficarão encarregados de agendar os encontros para fim de atualização em dislipidemia. Após cada

avaliação	reunião, os mesmos atores supracitados serão responsáveis por avaliar a obtenção de conhecimento, através de uma dinâmica em grupo com perguntas e respostas acerca do tema. Ainda serão agendados dois encontros trimestrais para reavaliação do conteúdo adquirido e esclarecimento de dúvidas remanescentes.
------------------	---

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema prioritário “Tratamento da dislipidemia e prevenção da aterosclerose”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Belvedere, em Montes Claros, Minas Gerais

Nó crítico 3	Proposição de ações que ajudem o paciente dislipidêmico a superar os fatores de risco e estabelecer estilo de vida saudável
Projeto 3	Modificar hábitos e estilo de vida da população em foco
Operação 3	Elaborar abordagem multiprofissional para planejamento de atividades físicas e dieta balanceada, além de consultas médicas individualizadas para avaliação continuada do paciente
Resultados esperados	Superação da dislipidemia com um melhor controle dos níveis lipídicos séricos; redução /eliminação do sedentarismo e obesidade através da realização de atividades físicas programadas e dietas balanceadas e cessação do tabagismo, através de consultas médicas planejadas e individualizadas
Produtos esperados	Implementação de grupos de caminhada e ginástica orientada e programada pelo educador físico; processos de apoio (aferição da pressão arterial, medida da glicemia capilar, mensuração do peso corpóreo com cálculo de IMC, estratificação de risco através de escores); avaliação interdisciplinar com nutricionista; consultas médicas periódicas
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiro agendará as consultas médicas; médico será responsável por realizar as consultas, solicitar exames e acompanhar o paciente ao longo do tempo; técnico em enfermagem irá aferir a PA, glicemia capilar e o peso dos pacientes; agentes comunitários de saúde farão busca ativa e motivação dos pacientes para adesão ao projeto; educador físico promoverá as aulas de ginástica e caminhadas; nutricionista fará avaliação nutricional e indicação de dieta balanceada, gestores da saúde local proverão a unidade de saúde de estrutura, profissionais de saúde multidisciplinares e disponibilidade de exames laboratoriais
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico da Unidade Básica de Saúde, praças do bairro, equipamentos de ginástica Cognitivo: Consultas centradas no paciente e seus problemas sociais envolvidos no processo saúde-doença; aptidão para acompanhar grupos de atividades físicas, planejar dietas balanceadas e garantir a cessação do tabagismo Financeiro: Verba oriunda da Prefeitura Municipal de Montes Claros para aquisição de equipamentos de ginástica, contratação de profissionais de saúde multidisciplinar e disponibilidade de exames laboratoriais

	Político: Apoio e adesão da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal de Montes Claros
Recursos críticos	Financeiro e político: para aquisição de equipamentos de ginástica e contratação de profissionais de saúde multidisciplinares (educador físico e nutricionista) e disponibilidade de exames laboratoriais; consultas médicas centrada no paciente e seus problemas sociais
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: Gestores municipais (secretário municipal de saúde e coordenador da atenção básica); médico Motivação: média
Ações estratégicas de motivação	Sensibilizar os gestores municipais para a causa, garantindo sua adesão ao projeto. Incluir profissional educador físico e nutricionista no trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família. Realizar busca ativa da população pelos agentes comunitários de saúde para maior participação no projeto
Responsáveis:	Walison Júnior (médico); Aline (enfermeira); Ana Paula (secretária municipal de saúde); Cláudia Versiane (coordenadora da atenção básica)
Prazo	Início imediato para as consultas médicas individualizadas, no mínimo a cada 3 meses. Atividades físicas orientadas pelo educador físico, com frequência de 3 vezes por semana, e avaliação nutricional e planejamento de dietas balanceadas pelo nutricionista com prazo médio de 6 meses até a contratação desses profissionais
Gestão do plano , acompanhamento e avaliação	O plano será gerido pelo médico e enfermeiro, sendo que estes cobrarão semanalmente do gestores municipais a contratação dos profissionais de saúde necessários e aquisição dos materiais para ginástica. O enfermeiro ainda agendará as consultas médicas programadas e o médico, através de consultas individualizadas, realizará o acompanhamento dos resultados, no mínimo a cada 3 meses, de maneira continuada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da aplicação deste projeto de intervenção, almeja-se um controle mais intenso e eficaz dos níveis de lípides séricos na população portadora de dislipidemia, adscrita no território da equipe de Saúde da Família Belvedere, com conseqüente redução das nefastas complicações agudas e crônicas desse distúrbio, sobretudo causadas pela aterosclerose.

Busca-se, portanto, maior compreensão por parte dos pacientes sobre sua doença, principalmente no que se refere ao seu tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, que deve ter boa adesão e ser desempenhado de forma correta e continuada. Pretende-se, ainda, o reconhecimento da importância da prática regular de exercícios físicos, da adoção de uma dieta equilibrada, do manejo adequado de comorbidades crônicas (como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), além da cessação do tabagismo para, assim, conseguirem obter uma melhor qualidade de vida.

Este projeto de intervenção também teve como foco a reestruturação do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família Belvedere, que encontrava-se insuficiente para abordagem ao paciente portador de dislipidemia. Espera-se, uma vez que o projeto de educação permanente em saúde seja empregado, que se observe uma notória melhoria da assistência ao usuário dislipidêmico do território de abrangência da equipe, repercutindo diretamente nos resultados alcançados para um melhor controle da moléstia e redução da sua morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Dislipidemia. **Saúde e Economia**. Ano III. 6. ed. out. 2011. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2839a80044ad805eb9a2fb34353a0b82/Saude_e_Economia_Dislipidemia_Edicao_n_6_de_outubro_2011.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 jun. 2015.

BERTOLAMI, A. e BERTOLAMI, M.C. Como diagnosticar e tratar: Dislipidemias. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 70, n. 12, p. 14-21. Moreira Jr. Editora, 2013. Disponível em:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5579. Acesso em: 26 dez. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília [online], 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF), 1997. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 28 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília (DF), 2012. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 28 dez. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Curso_de_Especializacao_em_Estrategia_Saude_da_Familia_CEESF. Acesso em: 15 dez. 2015.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. In:

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP - Curso de Especialização em Saúde da Família, 2011. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2015.

COMPANHIA ENERGÉTICA DE MINAS GERAIS – CEMIG. **Base de dados**. Disponível em: <<http://www.cemig.com.br/pt-br/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE MINAS GERAIS – COPASA MG. **Base de dados**. Disponível em: <<http://www.copasatransparente.com.br>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013. 140p. Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Curso_de_Especializacao_em_Estrategia_Saude_da_Familia_CEESF. Acesso em: 15 dez. 2015.

COSTA, E.; CARBONE, M. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. In: FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP - Curso de Especialização em Saúde da Família, 2011. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2015.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP - Curso de Especialização em Saúde da Família, 2011. Disponível em:
<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2015.

FODOR, G. Primary Prevention of CVD: Treating Dyslipidemia. **Am Fam Physician**, v. 83(10), p. 1207-1208, 2011. Disponível em:
<<http://www.aafp.org/afp/2011/0515/p1207.html>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

GOLDBERG, A. C. MERCK MANUAL. **Dyslipidemia (Hyperlipidemia): Last full review/revision**, september. 2013. Disponível em:
<<http://www.merckmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/lipid-disorders/dyslipidemia#>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314330>>. Acesso em 14 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo**, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/pt/>. Acesso em 14 jun. 2015.

JORNAL ESTADO DE MINAS – EM Digital. **Falha geológica é causa de tremores de terra em Montes Claros**. Disponível em:
<http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2012/12/17/interna_gerais,337656/falha-geologica-e-causa-de-tremores-de-terra-em-montes-claros.shtml>. Acesso em: 08 dez. 2015.

KANNEL, W. B. Blood Pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. **JAMA**, v. 275, p. 1571-1576, 1996. In: LOPES, A.C. *et. al.* **Tratado de Clínica Médica**. vol. II. 1. ed. São Paulo: Roca, 2006.

LIBBY, P. Prevenção e Tratamento da Aterosclerose. In: Braunwald, E.; Fauci, A. S.; Kasper, D. L. **Harrison: Medicina Interna**. vol I.15. ed. Mac Graw Hill: Rio de Janeiro, 2002.

LOPES, A.C. *et. al.* **Tratado de Clínica Médica**. vol. II. 1. ed. São Paulo: Roca, 2006.

MONTES CLAROS (MG). Prefeitura Municipal. **Aspectos Gerais**, 2013. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm>. Acesso em: 18 jun. 2015.

MONTES CLAROS (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Turismo, Ciência e Tecnologia. **Coletânea de informações sobre o município de Montes Claros**, 2009. Disponível em:

<http://www.montesclaros.mg.gov.br/desenvolvimento%20economico/div_ind-com/pdf/Dados%20Gerais%20da%20cidade%20de%20Montes%20Claros.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

MONTES CLAROS (MG). Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde**. Consulta direta em: 10 jun. 2015.

NARCISO, D. M. F. *et. al.* **Relatório: territorialização do bairro Morrinhos, 2006**. Montes Claros, Universidade Estadual de Montes Claros, Residência Medicina de Família e Comunidade, Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade Residência para Cirurgiões-Dentistas e Enfermeiros. Montes Claros (MG), 2006. Disponível em: Biblioteca da Universidade Estadual de Montes Claros (MG). Consulta direta em: 10 jun. 2015.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Declaração de Alma-Ata, 1978**. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 dez. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios, 2013**. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios>. Acesso em 11 maio. 2015.

REDDY, K. S. Cardiovascular disease in non-western countries [Perspective]. *NEJM*, v.350, p. 2438-2440, 2004. In: LOPES, A.C. *et. al.* **Tratado de Clínica Médica**. vol. II. 1. ed. São Paulo: Roca, 2006.

ROBERTS, W. C. Preventing and arresting coronary atherosclerosis. **Am. Heart J.**, v. 130, p. 580-600, 1995. Disponível em:

<<http://www.ovosbrasil.com.br/download/american%20heart%20journal.txt>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1. Acesso em: 26 dez. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias: Detecção, Avaliação e Tratamento**, 1994. Disponível em:

<<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1994/6301/default.asp>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. vol. 101. no 4. supl. 1. Out. 2013. Disponível em: Arq Bras Cardiol. 2013; 101(4Supl.1): 1-22. Acesso em: 12 jun. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E.A. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

In: FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP - Curso de

Especialização em Saúde da Família, 2011. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2015.