

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

YARELYS PÉREZ MORA

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DISLIPIDEMIAS
NA POPULAÇÃO DA COMUNIDADE CENTRO DO MUNICÍPIO CRUZILIA-MG**

CRUZILIA-MG
2016

YARELYS PÉREZ MORA

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DISLIPIDEMIAS
NA POPULAÇÃO DA COMUNIDADE CENTRO DO MUNICÍPIO CRUZILIA-MG.**

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.

Orientadora: Profa. Marília Rezende da Silveira

CRUZILIA-MG

2016

YARELYS PÉREZ MORA

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DISLIPIDEMIAS
NA POPULAÇÃO DA COMUNIDADE CENTRO DO MUNICÍPIO CRUZILIA-MG.**

Banca Examinadora:

Profa.Dra.Marília Rezende da Silveira(UFMG)-orientadora

Prof.(a).Dra. Márcia Christina Caetano Romano (UFSJ)-examinadora

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

DEDICO ESTE TRABALHO

À comunidade do Centro do município de Cruzília, MG, por me acolher;
À Equipe de Saúde da Família, que contribuiu para realização desta intervenção;
Aos meus familiares e amigos que me apoiaram durante toda minha formação;
Aos meus pais pela constante dedicação e apoio.
A minha filha Claudia Melissa por ser a razão de minha vida.

AGRADEÇO

À minha orientadora Profa. Marília Rezende da Silveira pela
paciência e dedicação;

À minha equipe de saúde, pela participação e ajuda;

À Coordenação de Atenção Básica do Município de Cruzília;

Aos pacientes do PSF Centro pela colaboração.

RESUMO

As dislipidemias, também conhecidas como hiperlipidemias ou hiperlipoproteinemia, estão relacionadas com o aumento de lipídeos sanguíneos, especialmente do colesterol e triglicerídeos (TGs), o que predispõe ao aparecimento da arteriosclerose, constituindo um fator de risco relevante para ocorrência de eventos cardiovasculares como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência vascular periférica, entre outros. Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi propor um Plano de Intervenção focado em ações educativas voltadas para redução e controle das Dislipidemias na população adscrita ao PSF Centro, município Cruzília, Minas Gerais. Os “nós críticos” que envolvem as hiperlipoproteinemia na comunidade estudada são: o alto índice de sedentarismo; excesso de ingestão de álcool e tabagismo; hábitos nutricionais inadequados; alta incidência de sobrepeso e obesidade e baixo nível de conhecimento sobre o tema. Dados da Secretaria de Saúde, da Unidade Básica de Saúde, consultas médicas, acolhimento e exames laboratoriais em específico o lipidograma foram fundamentais para confirmação do problema. A intervenção será realizada por meio de ações educativas, envolvendo palestras, dinâmicas de grupos, visitas domiciliares, orientações individuais e capacitações. O Plano de Intervenção focado na prevenção das Dislipidemias torna-se um grande desafio para nós profissionais de saúde, porém, pensamos que a educação em saúde envolvendo a população e com o apoio de outros segmentos da sociedade, sinaliza mudanças na prevenção das Doenças Cardiovasculares (DCV) a partir da diminuição e controle das mesmas.

Palavras-chave: Dislipidemias, arterioscleroses, educação em saúde, doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

The dyslipidemias, also known as hyperlipidemias or hyperlipoproteinemia, are related with the increase of blood, especially of slick cholesterol and triglycerides (TG), which predisposes to the appearance of arteriosclerosis, constituting a relevant risk factor for the occurrence of cardiovascular events such as myocardial infarction, stroke, and peripheral vascular failure, among others. In this sense, the objective of this work was to propose an intervention plan focused on educational actions directed to the reduction and control of dyslipidemia in the population registered to PSF Center, Cruzília municipality, Minas Gerais. The "critical nodes" which involve the hyperlipoproteinemia in the community studied are: the high index of sedentary lifestyle; excessive ingestion of alcohol and smoking; inadequate dietary habits; high incidence of overweight and obesity and low level of knowledge about the theme. Data from the Department of Health, the Basic Health Unit, medical consultations, reception and laboratory exams, in particular the lipidograma were fundamental for confirmation of the fault. The operation will be carried out by means of educational actions, involving lectures, dynamic groups, home visits, individual guidelines and capabilities. The intervention plan focused on prevention of dyslipidemias becomes a great challenge for us health professionals, however, we believe that the education in health involving the population and with the support of other segments of society, flags changes in the prevention of cardiovascular diseases (CVD) from the reduction and control of same.

Key words: Dyslipidemias, arteriosclerosis, health education, cardiovascular diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AG	Ácidos Graxos
Apos	Apolipoproteínas
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Apoio Psicosocial
CEESF	Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CT	Colesterol Total
CV	Cardiovascular
DAC	Doença Arterial Coronária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
HDL	High Density Lipoprotein
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDL	Intermediary Density Lipoprotein
IGA	Instituto de Geociências Aplicadas
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Low Density Lipoprotein
Lp	Lipoproteína
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TG	Triglicérides
TGs	Triglicerídeos
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VCT	Valor Calórico Total
VLDL	Very Low Density Lipoprotein

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS.

Figura 1-Capela principal e Praça Central do Município Cruzília-MG	13
Figura 2-Localização do Município Cruzília em relação ao Estado de Minas Gerais	14
Tabela 1: Distribuição da população segundo faixa etária, Cruzília-MG, 2013.....	15
Tabela 2: Distribuição da população por sexo e idade, Cruzília-MG, 2013	16
Gráfico 1: Distribuição da população por zona de residência e faixa etária, Cruzília-Minas Gerais, 2013.....	16
Tabela 3: Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto	19
Figura 3: PSF Centro, Cruzília, MG, 2014.....	20
Tabela 4: Distribuição da população do PSF Centro por faixa etária e sexo	21
Tabela 5: Principais causas de morte, Cruzília, MG, 2013.....	22
Tabela 6: Principais causas de morte por câncer, Cruzília, MG, 2013	22
Tabela 7: Numero de atendimentos com o diagnostico de Dislipidemias na primeira metade do ano, no ESF Centro, Cruzília, MG, 2015	23
Tabela 8:Problemas identificados, importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção, PSF Centro, Cruzília, MG, 2014	26
Quadro 1:Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos....	30
Quadro 2:Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar (OMS).....	31
Quadro 3:Causas do aumento dos triglicerídeos para a população geral.....	32
Quadro 4:Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: prevalências das dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos na Comunidade do Centro. Cruzília	36
Quadro 5:Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema prevalências das dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos na Comunidade do Centro, Cruzília, 2014.....	38
Quadro 6:Propostas de ações para a motivação dos atores.....	39
Quadro 7:Plano Operativo.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONTEXTO DE INTERVENÇÃO	12
2.1 Aspectos socioeconômicos do Município	14
2.2 Aspectos demográficos do Município	15
2.2.1 Índice de Desenvolvimento Humano do Município	17
2.3 Recursos da comunidade	18
2.4 Saneamento Básico	18
2.5 Sistema Municipal de Saúde	20
2.5.1 Equipe de Saúde da Família	20
2.6 Dados epidemiológicos do Município	21
3 JUSTIFICATIVA	23
4 OBJETIVO	25
5 METODOLOGIA	26
6 Revisão Bibliográfica	28
6.1 Dislipidemias: Aspectos gerais	28
6.2 Diagnostico	29
6.3 Classificações das Dislipidemias	30
6.4 Tratamento	33
7 PLANO DE INTERVENÇÃO	36
7.1 Operacionalizações do plano de intervenção	36
7.2 Desenhos das operações	36
7.3 Identificações dos recursos críticos	38
7.4 Análise de viabilidade do plano	39
7.5 Elaboração do plano operativo	40
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A Saúde no Brasil é regida pela Lei 8.080 de 1990 que determina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, definindo ainda a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Compete ao Estado a garantia das condições indispensáveis para o pleno exercício do direito à saúde (BRASIL, 1990).

Para garantir o cumprimento do direito da população à saúde o governo vem reorientando os modelos de organização dos serviços bem como, suas práticas assistenciais por meio de modelos de fortalecimento da saúde pública.

Com o intuito de operacionalizar essas ações, iniciou-se, a partir dos anos 90, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente referenciado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa modalidade prioriza a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

Como tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) estão previstos o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins voltados à promoção da saúde; o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e o desenvolvimento de ações educativas capazes de interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida (BRASIL, 2007).

No decorrer do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (CEESF), da Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG), especificamente na Disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, nos foi possível realizar o diagnóstico situacional em saúde da área de abrangência do PSF Centro, do município de Cruzília, MG. Por meio deste identificamos os problemas de saúde mais recorrentes nesta área, dentre eles a Prevalência das Dislipidemias, evidenciada pelos resultados de exames laboratoriais, observações individuais nas atividades de consulta, visitas domiciliares e na conversa com a equipe. As Dislipidemias favorecem ao aumento das complicações cardiovasculares como: Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Vascular Periférica, etc. Principalmente em pacientes portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), causas frequentes de internação e óbito no município.

A Dislipidemia é um distúrbio do metabolismo dos lipídeos caracterizado pela presença excessiva ou anormal de colesterol e triglicérides no sangue. Em sua maioria é causada por hábitos inadequados de vida, dos quais o sedentarismo, o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, dietas ricas em carboidratos e gorduras trans são os fatores de risco de maior prevalência nos pacientes. No entanto, a dislipidemia pode ser ocasionada devido a fatores genéticos, pela ingestão de certos medicamentos, diabetes, hipotireoidismo, doenças das vias biliares e insuficiência renal (MARTINEZ, 2009).

As anormalidades nos lipídeos e lipoproteínas é um dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, tendo em conta que o colesterol é uma das substâncias lipídicas clinicamente mais relevantes na aterosclerose, extremamente comuns na população geral. Algumas formas de dislipidemias constituem o fator desencadeante da pancreatite aguda, podendo até ser um agravante nos casos de embolia pulmonar. (FONSECA; IZAR, 2015).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo) mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares (GOMES, 2014).

Consideram-se doenças cardiovasculares aquelas que provocam alguma alteração ou dano no funcionamento do coração e as artérias, como os já citados infarto e acidente vascular cerebral, e também arritmias cardíacas, isquemias ou anginas. Sua principal característica é a presença de placas de ateroma (gordura) na íntima das artérias de médio e grande calibre que impede a passagem do sanguíneo curso do tempo (GOMES, 2014).

Frente ao exposto, acreditamos que um plano de intervenção focado em ações educativas pode ser um dos caminhos para redução e controle das Dislipidemias e como conseqüente a diminuição da arteriosclerose, na área adscrita ao PSF Centro, do município de Cruzília, Minas Gerais.

2 CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Cruzília – “terra da Cruz” (Figura 1). O primitivo nome da localidade foi encruzilhada. Originou este nome o fato de o povoado localizar-se ao lado da

encruzilhada formada por duas importantes estradas no período colonial, que ligavam os municípios de São João Del Rei e Aiuruoca e Rio de Janeiro à região aurífera de Minas Gerais(CRUZILIA, 2013).



Figura 1. Capela principal e Praça Central do Município Cruzília-Mg.
Fonte: Acervo do autor.

Conforme informa-nos o mapa oficial da cidade, elaborado pelo IGA – Instituto de Geociências Aplicadas, da Secretaria de Ciências e Tecnologia. “O município de Cruzília localiza-se no Estado de Minas Gerais, zona Sul e Sudoeste de Minas, fazendo parte da microrregião Andrelândia, Circuito Montanhas Mágicas”. Limita com os Municípios: Luminárias, São Tomé das Letras, Baependi, Aiuruoca, Minduri e Carrancas. A uma distância 384 km de Belo Horizonte(Figura 2).

A extensão territorial é de 523,470km², segundo resolução nº 5 de 1994. O relevo do município é composto por: Altitude - 1475 metros. Clima - tropical de altitude. Densidade - 29,2 hab./km². Os principais rios são: Rio Angaí; Rio do Peixe; ambos fazem parte da bacia do Rio Grande (IBGE, 2010).

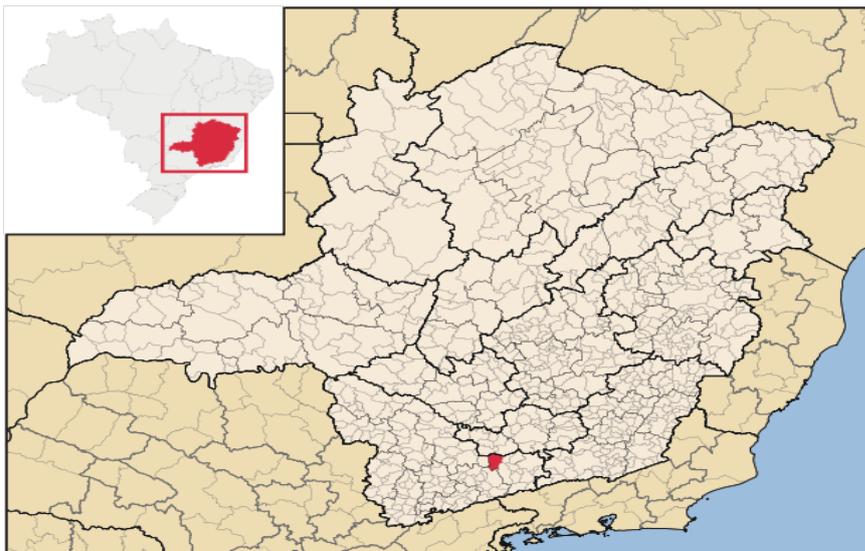


Figura 2 - Localização do MunicípioCruzília em relação ao Estado de Minas Gerais.
Fonte: IGA (2010).

2.1 Aspectos socioeconômicos do Município

Dados da Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Turismo(2012)relatam que Cruzília é conhecida como o Berço do Cavalo Mangalarga Marchador. Dezenas de haras estão espalhadas pelo município, alguns em fazendas centenárias, carregadas de histórias e cultura. No final do mês de Agosto acontece anualmente, no Complexo Humano da Ventania, a Copa de Marcha do Sul de Minas.

Outra atividade econômica importante é a indústria moveleira constituindo uma das principais fontes geradoras de empregos no município.Por outro lado à fabricação de queijos finos forma parte do desenvolvimento econômico municipal, levando a Cruzília à liderança do Ranking Nacional dos Melhores Queijos do Brasil em 2009 e novamente em2010. A pecuária está presente desde sua fundação, sendo a produção leiteira uma das práticas mais tradicionais no município. O comércio de insumos agrícolas também se destaca, bem como o cultivo de milho, feijão e batata, entre outros.Já a silvicultura é a atividade que mais se intensificou a partir da década de 2000, principalmente quanto ao plantio de eucalipto, em muitos casos fomentados por uma grande empresa de papel e celulose instalada na região.O comércio e a prestação de serviços, de modo geral, representam a maior fonte empregadora. Destaca-se entre eles o beneficiamento de quartzito - "pedra São Thomé", como uma importante atividade no município; conforme base de dados

da secretaria municipal de Meio Ambiente, Indústria, Desenvolvimento Económico e Agro (CRUZÍLIA, 2013).

2.2 Aspectos demográficos do Município

O município apresenta uma população total de 15 235 habitantes e a faixa etária é apresentada na tabela 1. Aqui evidenciamos o predomínio da população entre as faixas etárias de 20 a 49 anos, com 6685 habitantes (43.87%) e infere-se ser esse um município com forte potencial para mão de obra, considerando a grande faixa etária produtiva.

Tabela 1: Distribuição da população segundo faixa etária, Cruzília-MG, 2013.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO TOTAL	%
<1 ano	166	1.08
1-4	717	4.70
5-9	1164	7.64
10-14	1429	9.37
15-19	1424	9.34
20-39	4481	29.41
40-49	2204	14.46
50-59	1663	10.91
60 e +	2027	13.30
Total	15 235	100

Fonte: SIAB, Cruzília-MG, 2013.

A tabela 2 mostra valores aproximados para ambos os sexos, em todas as faixas etárias.

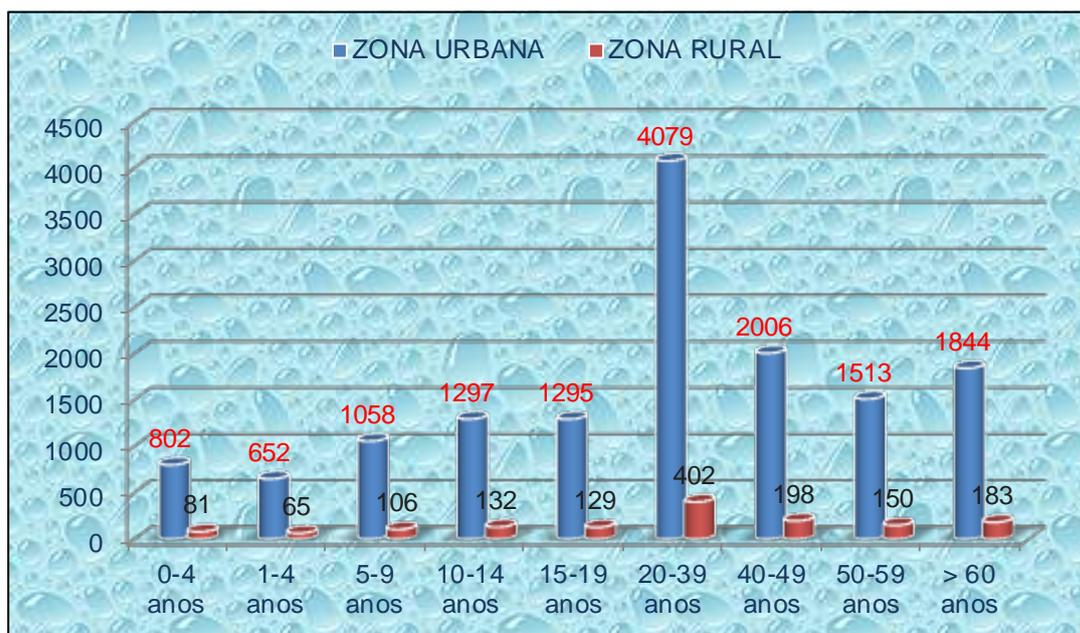
Tabela 2: Distribuição da população por sexo e idade, Cruzília-MG, 2013.

FAIXA ETARIA	HOMENS	MULHERES	TOTAL
<1 ano	73	93	166
1-4	379	338	717
5-9	579	585	1164
10-14	717	712	1429
15-19	701	723	1424
20-39	2303	2178	4481
40-49	1140	1064	2204
50-59	827	796	1623
60 e +	951	1076	2027
TOTAL	7670	7565	15235

Fonte SIAB, Cruzília-MG, 2013.

No município de Cruzília a distribuição da população por zona de residência se comporta como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição da população por zona de residência e faixa etária, Cruzília-Minas Gerais, 2013.



Fonte: SIAB, Cruzília-MG, 2013.

Como podemos observar no gráfico 1 há uma concentração consideravelmente maior de moradores na zona urbana em relação a zona rural do município em todas as faixas etárias.

2.2. Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Cruzília é 0,695, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,853, seguida de Renda, com índice de 0,671, e de Educação, com índice de 0,587. (BRASIL, 2013).

A mortalidade infantil no município passou de 26,4 por mil nascidos vivos, em 2000, para 13,6 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 34,4. Já na UF, a taxa era de 15,1, em 2010, de 27,8, em 2000 e 35,4, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos. A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,4 anos na última década, passando de 70,8 anos, em 2000, para 76,2 anos, em 2010. Em 1991, era de 66,3 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (BRASIL, 2013).

A renda per capita média de Cruzília cresceu 92,28% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 270,81, em 1991, para R\$ 372,55, em 2000, e para R\$ 520,72, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,50%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,61%, entre 1991 e 2000, e 3,41%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 49,98%, em 1991, para 28,55%, em 2000, e para 11,26%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,58, em 1991, para 0,54, em 2000, e para 0,49, em 2010 (BRASIL, 2013).

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade

escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 92,25%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 93,37%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 61,66%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 38,80%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 28,74 pontos percentuais, 66,59 pontos percentuais, 49,45 pontos percentuais e 36,02 pontos percentuais. (BRASIL, 2013).

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 66,17% em 2000 para 67,32% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 7,18% em 2000 para 7,14% em 2010 (BRASIL, 2013).

2.3 Recursos da comunidade

Existem no município três agências bancárias; uma agência dos correios; um banco postal, uma casa lotérica, serviços de telefonia, luz, água e esgoto, e diferentes instalações de comércio.

Os serviços sociais existentes no município se concentram especialmente nas: Escolas estaduais e municipais, Creche Municipal Olaria, Creche Municipal Cantinho do Sol, Lar da Criança, Casa Lar São José, Asilo “Recanto Ozanan”, Pastoral da Moradia, da Criança e Carcerária, Conferência São Judas Tadeu, Conferência São Vicente de Paula, Associação dos Alcoólatras Anônimos, APAE e Associação Filhas de São Camilo.

No setor de esporte a população usufrui 02 clubes de futebol: Sete de Setembro Futebol Clube e Ypiranga Atlético Clube, 01 Campo de futebol: Campo Olaria, 04 ginásio cobertos e ainda os clubes com piscinas, saunas e jogos: Clube Campestre Ypê e Clube Sete de Setembro.

2.4 Saneamento básico

O abastecimento de água no município é de responsabilidade da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), que atende a quase 100% da

população urbana com água tratada advinda de rio. A Vigilância em Saúde monitora a qualidade da água fornecida à população através de exames bacteriológicos e físico-químicos mensais fornecidos pela empresa provedora. As fontes alternativas Coletivas e Individuais da Zona Rural foram cadastradas no total de 100%(SIAB, Cruzília, 2013).

Existem áreas de risco ambiental como é o lugar para a disposição final do lixo, denominado vulgarmente como Lixão. Todo esgoto coletado é lançado “in natura” nos córregos Olaria e Pito Aceso, sem qualquer tratamento prévio. A rede de esgotamento sanitário representa mais de 89,72% das ligações domiciliares. A rede passa por um sistema de interceptores de esgotamento sanitário em aproximadamente 4.0 km ao longo da cidade, que atualmente está muito danificado. Manutenção e execução de infraestrutura básica nas vias públicas, incluindo pavimentação serão por conta da COPASA que assumiu a rede de esgoto municipal no ano de 2010(SIAB, Cruzília, 2013).

O serviço de coleta de lixo é realizado pela Prefeitura Municipal atende a 91,71% das residências do município (Tabela 3). O lixo é depositado em área destinada à disposição final e recoberto 01 vez por semana. A Vigilância Sanitária Municipal fiscaliza se os estabelecimentos de saúde estão providenciando o destino correto, através de empresa responsável, dos resíduos gerados (infectantes, biológicos, químicos, perfuro cortantes, etc.). (SIAB, Cruzília, 2013).

Tabela 3: Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.

NUMERO DE DOMICILIOS SEGUNDO O DESTINO DO LIXO	
Coletado por serviço de limpeza	4.099 domicílios
Coletado em caçamba de serviço de limpeza	59 domicílios
Queimado na propriedade	298 domicílios
Enterrado na propriedade	20 domicílios
Jogado em terreno baldio ou logradouro	20 domicílios
Jogado em rio ou lago	02 domicílios
Outro destino	36 domicílios

Fonte: SIAB, Cruzília-MG, 2013.

2.5 Sistema municipal de saúde

O município de Cruzília encontra-se com dois Centros de Saúde em funcionamento, 01 Policlínica Municipal, seis unidades de PSF com 100% de cobertura, inclusive odontológica, um Ambulatório de Saúde Mental e Departamento de Vigilância em Saúde. Conta, também, com 03 Laboratórios de Análises Clínicas, sendo, dois laboratórios privados e laboratório municipal: 01 hospital de média complexidade filantrópico credenciado pelo SUS.

As Unidades de Atenção Primária contam com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por 05 profissionais: médico pediatra, nutricionista, fisioterapeuta, preparador física e psicóloga.

O Departamento de Vigilância em Saúde é composto da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, com uma discreta atuação em vigilância ambiental. Possui laboratório de análise clínica das suspeita de larvas Dengue e controle de zoonoses.

2.5.1 Equipe de saúde da família

A Equipe de Saúde da Família (ESF Centro), na qual atua é composta por médico generalista do Programa Mais Médico para o Brasil (PMM), enfermeira, técnica de enfermagem, (6) agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, (01) sala de vacinação com dois técnicos de enfermagem responsáveis, (Figura 3).



Figura 3: PSF Centro, Cruzília, MG, 2014. Fonte: Acervo do autor.

Na comunidade estão cadastradas até a data atual 2.600 pessoas, distribuídas em 890 famílias, que são divididas em 6 micro áreas, Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição da população do PSF Centro por faixa etária e sexo.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<1 ano	10	11	21
1- 4	40	41	81
5-6	14	20	34
7-9	35	34	69
10-14	70	81	151
15-19	77	105	182
20-39	358	335	693
40-49	176	199	375
50-59	172	202	374
+ 60	255	365	620
TOTAL	1208	1392	2600

Fonte:SIAB, Cruzília-MG, 2013.

Aqueles pacientes que necessitarem da atenção secundária são encaminhados para os diferentes serviços disponíveis no Sistema de Saúde Municipal; os casos de urgência e emergência são direcionados para o Pronto Atendimento do hospital municipal.

2.6 Dados epidemiológicos do município

Segundo as declarações de óbito (DO), no ano de 2013 houve 95 óbitos, 48 mortes corresponderam ao sexo masculino e 47 mortes ao sexo feminino. As principais causas de óbitos no município foram: pneumonias, infarto agudo do

miocárdio (IAM), insuficiência Renal Crônica e acidente vascular cerebral (AVC) Tabela 5. Na nossa área de abrangência em 2013 e 2014 não houve óbito em menor de 1 ano(SIAB, 2013).

Tabela 5: Principais causas de morte, Cruzília, MG, 2013.

CAUSA	QUANTIDADE
Pneumonia Bacteriana	7
Insuficiência Renal Crônica	7
IAM	7
AVC (isquêmico e hemorrágico)	4
Outras causas de morte	70
TOTAL	95

Fonte:SIAB, Cruzília-MG, 2013

Dentro das restantes 70 mortes, 16 estiveram relacionadas à ocorrência de câncer como primeira causa de morte, como exposto na Tabela 6.

Tabela 6: Principais causas de morte por câncer, Cruzília, MG, 2013.

TIPO	QUANTIDADE
CA de reto	1
CA de reto (Minduri)	1
CA Gástrico	2
CA mama	1
CA esôfago	1
Aplasia medular óssea grave	1
Tumor cerebral	2
CA útero	1
CA pulmão	3
CA tireoide	1
CA hepática	1
CA intestino	1
TOTAL	16

Fonte:SIAB, Cruzília-MG, 201

3 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico situacional de saúde na área de atuação do PSF Centro tem grande importância e utilidade para garantir a qualidade dos serviços, requerendo a participação comunitária para alcançar seus propósitos. É uma ferramenta imprescindível para identificação dos principais problemas de saúde da população e serve de base ao planejamento estratégico em saúde. Por esse motivo é considerado importante para definição das ações a serem implementadas, visando enfrentar os problemas identificados assim como avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações.

A partir da avaliação de exames laboratoriais para a detecção do aumento de lipídeos em sangue (Perfil Lipídico), e a identificação de riscos cardiovascular, chegou-se à conclusão que as dislipidemias constituem um problema de saúde de relevância em nosso setor, considerando que são causas frequentes de complicações cardiovasculares sobre tudo nos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

A tabela 7 confirma a alta incidência de Dislipidemia em relação ao numero total de consultas realizadas durante a primeira metade de ano 2015. Este alto porcentagem reflete o alto risco de ocorrência de complicações cardiovasculares na população de atuação.

Tabela 7: Numero de atendimentos com diagnostico de Dislipidemias na primeira metade do ano, no ESF Centro, Cruzília, MG, 2015.

MESES	TOTAL DE CONSULTAS	DISLIPIDEMIAS	%
MARÇO	234	23	9,8
ABRIL	169	30	17,75
MAIO	203	29	14,28
JUNHO	222	37	16,66
JULHO	223	42	18,83
TOTAL	1051	161	77,32

Fonte: Dados da autora, (2015).

Neste sentido, acreditamos que um plano de ação voltado para a população com alto risco de Dislipidemias no PSF Centro do município, focado em ações educativas, poderá contribuir para diminuição da incidência e prevalência das complicações cardiovasculares, nessa região.

4 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção focado em ações educativas para a redução e controle das Dislipidemias na população do PSF Centro do município Cruzília, Minas Gerais.

5 METODOLOGIA

Para a elaboração do Plano de Ação utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo os passos propostos por Campos; Faria; Santos(2010), incluindo reuniões da equipe da saúde da família da área de abrangência do PSF Centro, visando identificar os principais problemas que envolvem a população do território em estudo.

A seguir apresentamos os problemas identificados na área de abrangência do PSF referido.

1. Alta Prevalência das Dislipidemias
2. Prevalência da HAS e Diabetes Mellitus;
3. Risco Cardiovascular aumentado;
4. Incidência de infecções urinária na mulher;
5. Depressão;
6. Enfermidades neuropsiquiátricas com alto consumo de psicofarmacos;
7. Terapêutica plurimedicamentosa em idosos;

Para realizar a priorização dos problemas identificados, realizou-se reunião da equipe com a participação de membros da comunidade, que analisaram elementos como sua importância, urgência, a capacidade de enfrentamento e a seleção, dando pontuação dos 5 – 10 (Tabela 8).

Tabela 8: Problemas identificados, importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção, PSF Centro, Cruzília, MG, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta Prevalência das Dislipidemias	Alto	10	Parcial	1
Prevalência da HAS e Diabetes Mellitus	Alto	8	Parcial	2
Risco Cardiovascular aumentado	Alto	7	Parcial	3
Incidência de infecções	Alto	6	Parcial	4

urinaria na mulher				
Depressão	Alto	6	Parcial	5
Enfermidades neuropsiquiátricas com alto consumo de psicofarmacos	Alto	5	Parcial	6
Terapêutica plurimedamentosa em idosos	Alto	5	Parcial	7

Já identificado e definido o problema de maior magnitude, foi necessário elaborar um plano de intervenção voltado para prevenção e controle das Dislipidemias, mediante atividades de educação e promoção em saúde.

Para subsidiar a construção do Plano de Intervenção foram utilizadas informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Cruzília (relatórios de gestão), além de textos disponíveis na Biblioteca Virtual do Programa Ágora (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, NESCON; Faculdade de Medicina, UFMG), assim comoliteratura científica dos principais sites, bases de dados e periódicos on-line, mediante o uso das palavras-chave ou descritores deste trabalho, facilitando desta forma a identificação de artigos e outros documentos.

Feito isto, partiu-se para busca de publicações que pudessem dar sustentação teórica ao assunto estudado. Neste estudo foi consultado um total de 18 bibliografias, incluindo artigos de periódicos, nacionais e internacionais, livros, textos e publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

6- Revisão Bibliográfica

6.1 Dislipidemias: aspectos gerais

Dislipidemias, também chamadas de hiperlipidemias ou hiperlipoproteinemias, referem-se ao aumento dos lipídios (gordura) no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicerídeos (MARTINEZ, 2009).

Do ponto de vista fisiológico e clínico, os lipídeos biologicamente mais relevantes são os fosfolípidos, o colesterol, as triglicérides (TG) e os ácidos graxos (AG). Os fosfolípidos formam a estrutura básica das membranas celulares. O colesterol é precursor dos hormônios esferoidais, 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 energéticos 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. Os AGs saturados mais frequentemente presentes em nossa alimentação são: láurico, mirístico, palmítico e esteárico (que variam de 12 a 18 átomos de carbono). Entre os AGs monoinsaturados, o mais frequente é o ácido oleico, que contém 18 átomos de carbono. Quanto aos AGs poli-insaturados, podem ser classificada como ômega-3 (eicosapentaenoico, docosaenoico e linolênico), ou ômega-6 (linoleico), de acordo com a presença da primeira dupla ligação entre os carbonos, a partir do grupo hidroxila. (XAVIER; *et al.*, 2013).

As lipoproteínas permitem a solubilização e o transporte dos lipídeos, que são substâncias geralmente hidrofóbicas, no meio aquoso plasmático. São compostas por lipídeos e proteínas denominadas apolipoproteínas (apos). As apos têm diversas funções no metabolismo das lipoproteínas, como a formação intracelular das partículas lipoproteicas, caso das apos B100 e B48, e a atuação como ligantes a receptores de membrana, como as apos B100 e E, ou cofatores enzimáticos, como as apos CII, CIII e AI. Existem quatro grandes classes de lipoproteínas separadas em dois grupos: (1) as ricas em TG, maiores e menos densas, representadas pelos quilomícrons, de origem intestinal, e pelas lipoproteínas de densidade muito baixa ou very low density lipoprotein (VLDL), de origem hepática; e (2) as ricas em colesterol, incluindo as de densidade baixa ou low density lipoprotein (LDL) e as de densidade alta ou high density lipoprotein (HDL). Existe ainda uma classe de lipoproteínas de densidade intermediária ou intermediary density lipoprotein (IDL) e a lipoproteína (a) [Lp(a)], que resulta da ligação covalente de uma partícula de LDL à apo (a). A função fisiológica da Lp(a) não é conhecida, mas, em estudos mecanísticos e observacionais, ela tem sido associada a formação e progressão da placa aterosclerótica. (XAVIER; *et al.*, 2013).

Estudo de corte transversal de base populacional com dados individuais do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas demonstram a prevalência de dislipidemia na Região Centro-Oeste foi crescente com a idade e associada ao consumo de feijão, excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e deficiente avaliação do estado de saúde. (PITALUGA;*et al.*, 2015).

A dislipidemia é considerada um fator de risco cardiovascular importante para o desenvolvimento da aterosclerose. Estudos observacionais e experimentais das últimas décadas demonstram o papel do colesterol, principalmente o LDL-C, na formação de placas de ateroma no interstício das artérias de médio e grande calibre, passando por estudos pré-clínicos, patológicos, clínicos e genéticos, em diferentes populações. Os trabalhos iniciais relacionaram o colesterol total com doença arterial coronariana (DAC). O LDL-C constituía maior parte do colesterol total (60%-70% na população geral do Estudo de Framingham), a relação entre colesterol total e DAC influenciava a relação entre LDL-C e DAC, confirmada pelo Framingham Heart Study. (BRASIL, 2013).

A DAC é a principal causa de óbito no Brasil, estudos tipo caso-controle, observacionais, de base genética ou de tratamento evidenciam que as hiperlipoproteinemias são consideradas o fator de risco modificável de maior relevância. Segundo Xavier *et al* (2013) a redução dos níveis de colesterol, principalmente de LDL-C, através de modificações de estilos de vidas e/ou fármacos tenham maior benefício na redução das complicações CV.

Segundo a OMS, mais de 20 milhões de pessoas morrerão por doenças cardiovasculares em 2030. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pela segunda maior taxa de mortalidade, a partir de internações pelo SUS, em 2012. (PITALUGA;*et al.*;2015).

6.2 Diagnóstico

O diagnóstico das Dislipidemias é realizado mediante exames laboratoriais, especificamente através do perfil lipídico, tendo em conta que muitas das alterações dos níveis dos lipídeos são assintomáticas, os pacientes devem se precaver e realizar exames de rotina para ser diagnosticados e tratados oportunamente. No Quadro 1 referenciamos os valores normais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos proposto por Xavier *et al* (2013), V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.

Quadro 1. Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos

Lipídeos	Valores (mg/dl)	Categorias
CT	<200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	≥240	Alto
LDL-C	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto
HDL-C	>60	Desejável
	< 40	Baixo
TG	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto
Colesterol não-HDL	< 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto

Fonte: XAVIER et al,2013.

6.3 Classificação das Dislipidemias

Segundo Xavier et al (2013), as dislipidemias se classificam em primárias ou sem causa aparente e secundárias. A sua vez as primárias podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente por meio de análises bioquímicas. Na classificação genotípica, as hiperlipoproteinemias se dividem em monogênicas, causadas por mutações em um só gene, e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações que isoladamente não seriam de grande repercussão.

A classificação fenotípica ou bioquímica considera os valores dos níveis de colesterol e triglicérides, compreende quatro tipos principais:

- 1-hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dl);
- 2-hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TGs (≥ 150 mg/dl)
- 3-hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C (≥ 160 mg/dl) e TG (≥ 150 mg/dl) (XAVIER *et al*,(2013).

4-HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens <40 mg/dl e mulheres <50mg/dl) isolada ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG.

A classificação bioquímica é de muita utilidade para o médico no momento de decidir o tipo de tratamento a indicar, avaliando caso a caso. Além é necessário considerar todas as características dos pacientes, tais como a presença de outros fatores de risco cardiovascular e a presença o não de doenças cardiovascular instalada (TORQUATO, 2014).

A hipercolesterolemia familiar é caracterizada por presença de xantomas tendinosos, arco córneo em paciente com menos de 45 anos, xantomas tuberosos ou xantelasma em pacientes com menos de 25 anos e familiar de primeiro grau (mãe, pai, filho, irmão) com as manifestações anteriores, considerado se houver níveis muito elevados de colesterol acima do percentil 90. Os critérios diagnósticos de hipercolesterolemia familiar definidos pela Organização Mundial da Saúde estão descritos no Quadro 2(BRASIL, 2013).

Quadro 2. Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar (OMS).

Critérios	Pontos
História familiar	
Familiar de primeiro grau com doença aterosclerótica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos) Familiar de primeiro grau com LDL-C acima do percentil 95.	1
Familiar de primeiro grau com xantoma tendinoso ou arco córneo. Criança (menores de 18 anos) com LDL-C acima do percentil 95.	2
História clínica	
Paciente com doença arterial coronariana prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos).	2
Paciente com doença arterial cerebral ou periférica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos).	1
Exame físico	
Xantoma tendinoso	6
Arco córneo antes dos 45 anos	4

Exames laboratoriais	
LDL-C maiores ou iguais a 330 mg/dl	8
LDL-C entre 250 e 329 mg/dl	5
LDL-C entre 190 e 249 mg/dl	3
LDL-C entre 155 e 189 mg/dl	1
Mutação genética presente	8
Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar é	
Definitivo com	Mais de 8 pontos
Provável com	6-8 pontos
Possível com	3-5 pontos

Fonte: Brasil, 2013

As hipertrigliceridemia secundárias podem ser modificadas, como é visto no hipotireoidismo, em condições de resistência à insulina, como a síndrome metabólica e o diabetes mellitus tipo 2, cujas correções poderão corrigir o distúrbio. Em outras situações como hepatopatias, insuficiência renal, uso de antirretrovirais, por citar algumas, pode não haver como modificar estas condições e o tratamento hipolipemiante deverá ser individualizado (FONSECA; IZAR, 2015). Também pode surgir secundariamente a elevada ingestão de carboidratos, fumo, inatividade física, ingestão de álcool em excesso e doenças genéticas raras. Nas dislipidemias genéticas tais causas secundárias podem elevar a graves e muito graves os níveis de triglicérides constituindo risco de pancreatite. Quadro 3 (HIDEYUKI; CARLI; BRUSCATO, 2015).

Quadro 3. Causas do aumento dos triglicérides para a população geral

Sobre peso e obesidade
Inatividade física (sedentarismo)
Fumo
Excesso de ingestão de álcool
Dieta aumentada de carboidrato (>60% do total de energia) e gorduras
Outras doenças como: diabetes tipo 2, doença renal crônica, doença nefrótica, Hepatopatias
Certos medicamentos: corticosteroides, inibidores da protease para HIV, agentes bloqueadores beta-adrenérgicos e estrogênios.
Fatores genéticos

Fonte: (HIDEYUKI; CARLI; BRUSCATO, 2015).

Existem diferenças entre o colesterol e os triglicérides de relevante importância para o médico, sobre tudo na hora de indicar o tratamento adequado e orientar mudanças em estilos de vida inadequados. Os triglicérides são a fonte de

energia mais importante do organismo nos períodos de privação de alimentos, enquanto o colesterol é utilizado em importantes funções corporais como na produção de hormônios, auxílio da digestão, etc. Outra diferença é que o colesterol é formado a partir de gorduras saturadas e do colesterol de origem animal, e os níveis de triglicérides dependem da quantidade de calorias que ingerimos mesmo que as calorias não venham das gorduras (açúcares e massas). Os triglicérides são armazenados nas células como reserva, enquanto o colesterol é produzido no fígado, segundo Torquato Gilmar (2014).

6.4 Tratamento

O tratamento das Dislipidemias tem como objetivos fundamentais a modificação de estilos de vida inadequados, a prevenção da aterosclerose e prevenir as complicações cardiovasculares, principalmente nos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), elevando a qualidade de vida da população. Portanto, para o controle adequado dos distúrbios no metabolismo dos lipídeos é preciso avaliar o paciente integralmente para definir o tratamento certo, seja farmacológico ou não farmacológico.

O tratamento farmacológico consiste na utilização de medicamentos hipolipemiantes comprovados cientificamente como são o grupo dos fibratos, estatinas, ácido nicotínico (niacina), resinas sequestrantes de ácidos biliares e ezetimibe por tempo indeterminado, hasta lograr o controle dos níveis de colesterol e/ou triglicérides.

O tratamento não farmacológico tem como prioridade o controle do peso corporal, a redução do sedentarismo, diminuição do consumo excessivo de carboidratos e dietas gordurosas, excesso de ingestão de álcool e fumo.

Obesidade e estilo de vida sedentário:

Estudos epidemiológicos e de ensaio clínico demonstram a relação direta entre o peso e a distribuição da gordura corporal com o nível de triglicéride. Dados do estudo NHANES entre 1999 e 2004, com 5610 participantes de 20 anos de idade, mostram que cerca de 80% dos participantes com sobrepeso (IMC 25 a 30 kg/m²) ou obesidade (IMC > 30 kg/m²) apresentavam valores de triglicérides acima ou igual a 200mg/dl. Uma redução de 5% a 10% do peso corporal resulta numa diminuição

de 20% dos triglicerídeos, de 15% no colesterol LDL com aumento de 8% a 10% no colesterol HDL. Além de ser claro que o incremento da adiposidade se associa à hipertrigliceridemia, tendo maior impacto nesta alteração a gordura acumulada nas vísceras do que a adiposidade subcutânea.(MORIGUCHI; CARLI; BRUSCATO, 2015).

Os triglicérides são a principal fonte de energia do organismo, armazenado em forma de gordura no tecido adiposo, principalmente na zona abdominal. Eles são o resultado do metabolismo dos carboidratos de massas, doces, refrigerantes quando são ingeridos em excesso. Valores de TG muito alto, entre 400-500 mg/dl pode provocar inflamação do pâncreas (pancreatite) sendo necessário mudanças brusca na dieta(TORQUATO, 2013).

Exercícios físicos:

A atividade física é fundamental no controle das dislipidemias, principalmente como coadjuvantes da dieta no tratamento da hipertrigliceridemia associada à obesidade. Para ter melhores resultados devem se praticar com frequência de 3-6 vezes/semana, prescrição média de 150 minutos/semana de exercícios leves a moderados. Pacientes assintomáticos precisam de avaliação médica prévia, devendo ser mantidos os medicamentos de uso corrente(BRASIL, 2013).

Terapia nutricional:

A terapia nutricional deve sempre formar parte do tratamento. O alcance das metas de tratamento é diverso e depende da adesão à dieta, às correções no estilo de vida, perda de peso, atividade física, cessação do tabagismo e principalmente da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental, recomenda se avaliação nutricional por pessoal capacitado, sempre que seja possível por nutricionistas. É importante que as preferências alimentares sejam respeitadas, que a alimentação tenha a composição adequada e que seja agradável ao paladar. O indivíduo deverá ser orientado acerca de como selecionar os alimentos, da quantidade a ser consumida e do modo de preparo, bem como das possíveis substituições dos alimentos(MORIGUCHI; CARLI; BRUSCATO, 2015).

Tabagismo:

O hábito de fumar pode estar associado à redução significativa dos níveis de HDL-C, considerado um fator de risco relevante para a DAC, além de ter vários efeitos prejudiciais para o organismo como causar câncer de pulmão, câncer de esôfago, provocar transtornos do sono, entre outros tantos. O tabagismo deve ser eliminado de forma radical. O tratamento inclui duas etapas: abordagem cognitivo-comportamental e, se necessário, farmacoterapia. O tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) é previsto no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2013).

Etanol:

Existe divergência no efeito da ingestão de etanol na hiperlipoproteinemia em situações de consumo moderado (até 30 g/dia). Estudos observacionais mostram uma associação inversa entre o consumo moderado de etanol e a trigliceridemia de 5% a 10% superiores nos consumidores moderados em comparação com não consumidores. Nas situações de consumo excessivo de álcool a associação com a hipertrigliceridemia é mais clara a combinação de consumo excessivo de álcool e ácidos graxos saturados potencialmente elevação da triglicéride. A inibição da lipase das lipoproteínas pelo excesso de etanol e consequente redução na hidrólise das quilomicras parecem justificar a lipemia induzida pelo etanol. A recomendação proposta em indivíduos com níveis de triglicérides muito elevados passa pela abstinência de ingestão de álcool e redução no consumo de gordura saturada de forma a reduzir o risco de pancreatite e de complicações CV, com previa avaliação e acompanhamento médico (MORIGUCHI; CARLI; BRUSCATO, 2015).

Segundo Moriguchi, Carli, Bruscato (2015) os fatores ambientais exercem um importante papel na gênese das dislipidemias. O monitoramento dos indicadores de risco deve ser uma ação constante, para fornecer dados que subsidiem as políticas de promoção da saúde, visando o incentivo à adoção de um estilo de vida saudável.

7 PLANO DE INTERVENÇÃO

7.1 Operacionalizações do plano de intervenção

Definido o problema de saúde “Alta Prevalência das Dislipidemias”, por meio do diagnóstico situacional realizado na Unidade Básica PSF Centro, município Cruzília, conforme já apresentado, partiu-se para o desenho das operações do Plano de Intervenção, bem como resultados e produtos esperados.

Isto posto o plano de intervenção ou plano de ação visa traçar as estratégias para definir os pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

7.2 Desenhos das operações

Identificação dos “nós críticos”:

- 1-Sedentarismo
- 2- Hábitos nutricionais inadequados
- 3- Baixo nível de informações sobre Dislipidemias
- 4- Sobrepeso e Obesidade
- 5- Excessos de ingestão de Álcool e Tabagismo

Quadro 4. Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: prevalências das dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos na Comunidade do Centro. Cruzília.

Nós crítico	Operação do projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Sedentarismo	+ Saúde Estimular a realização de exercício físico	Diminuir o índice de sedentarismo	Programa de campanha na rádio local, “ Programa saudável ”.	<u>Organizacional:</u> organizar caminhadas e realização de exercícios físicos <u>Cognoscitivos:</u> Informação de estratégia para modificação de estilos de vida. <u>Políticos:</u> Mobilização social estratégias

				<p>articulação</p> <p>Intersetorial com a rede de ensino;</p> <p><u>Financeiro:</u></p> <p>Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>
Hábitos nutricionais inadequados	<p>Viver com saúde</p> <p>Modificar hábitos nutricionais desfavoráveis.</p>	<p>Conhecer as costumes alimentares dos pacientes participantes.</p> <p>Modificação de hábitos inadequados prejudiciais para a saúde.</p>	<p>Programas de orientação nutricional.</p> <p>Educações sobre as consequências das más hábitos nutricionais.</p>	<p>Determinar índice de obesidade e sobrepeso.</p> <p>Palestras, dinâmicas de grupo sobre nutrição.</p>
Baixonível de informação	<p>Saber mais</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre dislipidemia, como risco das doenças cardiovasculares.</p>	<p>Maior informação e conhecimento sobre riscos e complicações das dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos.</p>	<p>Programa de informação à população, capacitação, ações de promoção e prevenção das dislipidemias.</p>	<p><u>Cognitivo</u></p> <p>Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas</p> <p><u>Organizacional</u></p> <p>Organizar agenda de trabalho da equipe</p> <p><u>Político</u></p> <p>(articulação Intersetorial)</p> <p>Mobilização</p>
Sobrepeso e Obesidade	<p>Contribuímos com seu melhor cuidado</p> <p>Estimular estilo de vida saudável.</p>	<p>Diminuir o índice de sobrepeso e obesidade na população em geral.</p> <p>Conhecer as costumes alimentares dos</p>	<p>Capacitação do Pessoal de saúde.</p> <p>Programas de orientação nutricional.</p>	<p>Determinar índice de obesidade e sobrepeso. Palestras, dinâmicas de grupo sobre nutrição.</p> <p>Organizar caminhadas e realização de exercícios físicos.</p>

		pacientes participantes. Modificação de hábitos inadequados prejudiciais para a saúde.	Educações sobre as consequências das mãos hábitos nutricionais.	
Alcoolismo e Tabagismo	Linha de cuidado Programar a linha de cuidado para atenção e tratamentos de pacientes alcoólatras e tabagistas	Cobertura de 100% de população alcoólatra e tabagistas	Linha de cuidado para pacientes diagnosticados Protocolos implantados Recursos humanos capacitados	<u>Cognitivo</u> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <u>Político</u> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <u>Organizacional</u> Garantir os recursos para a realização de tratamento a pacientes diagnosticados.

7.3 Identificações dos recursos críticos

Quadro 5. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema prevalências das dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos na Comunidade do Centro. Cruzília. 2014.

Operação/Projeto	Recursos críticos
+ Saúde	Político > conseguir o espaço na rádio local; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Viver com saúde	Organizacional > mobilização social em torno de estilos de vida inadequados; Político > articulação Intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiro > financiamento do projeto.

Saber mas	Político > articulação Intersectorial.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político > decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Linha de cuidado	Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

7.4 Análises de viabilidade do plano

Quadro 6 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Estimular a realização de exercício físico	Político – conseguir um espaço na radio local.	Setor de comunicação social	Favorável	Não é necessária
Saber mas Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre dislipidemias e importância do cumprimento do tratamento.	Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos,	Secretário Municipal de Saúde. Perfeito Municipal	Favorável Favorável	Não necessária
Contribuímos com seu melhor cuidado Diminuir o índice da obesidade e sobrepeso na população	Político -decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros -recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos,	Perfeito municipal Secretario Municipal de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto para a estruturação em rede

	exames e consultas especializadas).	Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	
Linha de cuidado Programar a linha de cuidado para atenção e tratamentos de pacientes alcoólatras e tabagistas	Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretário Municipal de Saúde. Perfeito Municipal	Favorável Favorável	Não necessária
Viver com saúde Modificar hábitos nutricionais desfavoráveis	Político Articulação com a secretaria de Educação. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos,	Secretaria de Educação Secretário Municipal de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto Apoio das associações.

7.5 Elaboração do plano operativo

Quadro 7 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Estimular a realização de exercício	Diminuir o índice de sedentarismo	Estimular a realização de exercício	Organizar caminhadas e realização de exercícios		2 meses para o início da atividade

físico		físico a traves de Programa de campanha na radio local, “Programa saudável” .	físicos. Estimular a participação massiva.	Fisiatra do NASF E agente comunitária.	
Viver com saúde Modificar hábitos nutricionais desfavoráveis	Modificação de hábitos inadequados prejudiciais para a saúde.	Determinar índice de obesidade e sobrepeso Incrementar os conhecimentos sobre nutrição saudável	Consulta de Nutrição. Palestras, dinâmicas de grupo sobre nutrição.	Nutricionista do NASF. Enfermagem do PSF.	2 meses para o início das atividades Culmina em 12 meses
Saber mas Aumentar o nível de informação dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre dislipidemias e importância do cumprimento do tratamento.	Maior informação e conhecimento sobre riscos e complicações das dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos	Educar aos pacientes e contribuir na aquisição de conhecimentos de autocuidados.	Organizar agenda de trabalho da equipe. Consulta médica. Atividades de educação e promoção de saúde.	Médica do PSF e Agentes comunitárias.	1 mês para o início das atividades Culmina em 12 meses
Contribuímos com seu melhor cuidado Diminuir o índice de obesidade e sobrepeso	Adequação da oferta de consultas à demanda, exames e medicamentos definidos nos protocolos. Estimular a realização de atividade física.	Garantir os insumos necessários para a realização do projeto: medicamentos, exames laboratoriais, etc.	Apresentar projeto de estruturação de rede. Organizar caminhadas e realização de exercícios físicos. Estimular a participação massiva.	Secretaria de saúde e coordenadora do PSF	3 meses para o início das atividades

	Estimular hábitos nutricionais adequados				
Linha de cuidado Programar a linha de cuidado para atenção e tratamentos de pacientes alcoólatras e tabagistas	Cobertura de 100% de população alcoólatra e tabagistas	Elaboração de projeto e de protocolos de tratamento. Articulação entre os setores da saúde e adesão do profissional	Avaliação dos pacientes em consultas compartilhadas	Medica do PSF e especialistas do NASF	2 meses para o início das atividade e culminação em 12 meses.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dislipidemias constituem o principal problema de saúde da comunidade do PSF do Centro, município Cruzília, MG. Por este motivo foi elaborado um Plano de Intervenção com o objetivo fundamental de focalizar ações educativas voltadas para a prevenção e controle das dislipidemias na população em estudo. Estas ações foram organizadas pela equipe, com participação dos especialistas do NASF, em especial a psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, e como apoio de outras instituições da comunidade, como são os líderes informais, organizações religiosas, e outros órgãos públicos. Permitindo intercambiar ideias, experiências, tabus, favorecendo o desenvolvimento e eficácia do projeto.

Partindo da criatividade e dinamismo dos participantes foi desenvolvido um conjunto de atividades com boa aceitação da população, sobre tudo quando foi tratado o tema da nutrição. Tem apolêmico, porém muito enriquecedor, pois cada um dos participantes teve a oportunidade de dar dicas para a elaboração de um mesmo alimento da forma mais saudável, demonstrando que nunca é tarde para modificar e melhorar a qualidade de vida.

O desenvolvimento do trabalho foi uma experiência única, enriquecedora, logrando dar cumprimento ao objetivo, refletindo no estado de saúde da população. Ainda assim reconhecemos que o trabalho não culmina aqui, se não que deve continuar no dia a dia, sem decadência, sem desistir frente às dificuldades que possam surgir orientados pelos princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde, ressaltando a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência da República Casa Civil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 19 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2007.

BRASIL. **PORTARIA Nº 200, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria, 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.

FONSECA; IZAR, Como Diagnosticar e Tratar Dislipidemias Dyslipidemics. **RBM Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v.72 n. 7, p. 279-283, Copyright Moreira Jr. Editora, 2015.

GOMES, Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País. **Portal Brasil (online)**, Jul. 2014, Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>> Acesso em: 13 fev. 2016.

HIDEYUKI; CARLI; BRUSCATO, Como Diagnosticar e Tratar Hipertrigliceridemias Hypertriglyceridemias. **RBM Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 72 n. 3, p. 101-111, Copyright Moreira Jr. Editora, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados do Município Cruzília, Minas Gerais**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_atlas.shtm> Acesso em: 20 mar. 2016.

PITALUGAS P. A. et al. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20 n. 6, Copyright Moreira Jr. Editora, 2015.

TORQUATO GILMAR, **LerSaúde**-Síndrome metabólica, uma epidemia global e silenciosa. 2013. Disponível em: <<http://www.lersaude.com.br/sindrome-metabolica-uma-epidemia-global-e-silenciosa/>> Acesso em: 01 abr.2016.

TORQUATO GILMAR, **LerSaúde** - Triglicerídeos x Colesterol: qual a diferença entre eles?. 2014. Disponível em: <<http://www.lersaude.com.br/triglicerideos-x-colesterol-qual-a-diferenca-entre-eles/>> Acesso em: 01 abr. 2016.

XAVIER H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101 n. 4, p. 1-36, 2013. Suplemento.