

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

REINALDO BALDO SORIA

**INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA PARA REDUZIR AS DISLIPIDEMIAS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE DO CAFÉ NO
MUNICÍPIO DE GUARACIABA, MINAS GERAIS.**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

REINALDO BALDO SORIA

**INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA PARA REDUZIR AS DISLIPIDEMIAS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE DO CAFÉ NO
MUNICÍPIO DE GUARACIABA, MINAS GERAIS.**

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. Kátia Ferreira Costa Campos

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

REINALDO BALDO SORIA

**INTERVENÇÃO ESTRATÉGICA PARA REDUZIR AS DISLIPIDEMIAS
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA COMUNIDADE DO CAFÉ NO
MUNICÍPIO DE GUARACIABA, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Kátia Ferreira Costa Campos - UFMG

Examinador 2 – Prof. Eulita Maria Barcelos -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 09 de Maio de 2016 .

RESUMO

Após o diagnóstico situacional da área de abrangência na Unidade Básica de Saúde da Comunidade do Café, foi priorizado a alta taxa de dislipidemias. As dislipidemias também são conhecidas como hiperlipidemias ou hiperlipoproteinemias, estão relacionadas com o aumento de lipídios (gordura) sanguíneos, especialmente do colesterol e triglicerídeos. Tendo em vista o contexto da área de abrangência das dislipidemias traçou-se como objetivo geral elaborar um plano de intervenção que contribua para a diminuição dos níveis lipídêmicos da população adscrita à Unidade Básica de Saúde do café. A elaboração do plano de intervenção foi um trabalho coletivo que colaborou para o aprendizado da equipe. E com sua aplicação espera-se atingir a finalidade do presente plano de intervenção. Realizou-se uma pesquisa de literatura nacional e internacional nos indexadores do LILACS, SCIELO e SIBRADID, de estudos realizados no Brasil e publicados em periódicos. Tendo como os descritores obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus, atividade física, promoção de saúde. Além da utilização do método o Planejamento Estratégico Situacional, com foco na educação em saúde.

Palavras chave: Dislipidemias. Planejamento estratégico. Plano de intervenção.

ABSTRACT

After the situational diagnosis of the area covered in Unit Basic Health of the Coffee Community, priority was given the high rate of dyslipidemias. Lipid disorders are also known as hyperlipidemia or hyperlipoproteinemias, they are related to increased lipid (fat) blood, especially cholesterol and triglycerides. Given the context of the area of coverage of dyslipidemias was traced as a general objective to elaborate an intervention plan contribute to reducing the levels of lipidemicos enrolled population at the breakfast UBS. The preparation of the action plan was a collective work that contributed to the learning team. And its application is expected to achieve the purpose of this intervention plan. We conducted a national and international research literature in the LILACS indexers, SCIELO and SIBRADID, studies in Brazil and published in journals. With the obesity descriptors, dyslipidemia, diabetes mellitus, physical activity, health promotion. Besides the use of the method the Situational Strategic Planning, focusing on health education.

Keywords: Dislipidemias. Strategic planning. Intervention plan.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes <i>Melittus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
PESB	Parque Estadual da Serra do Brigadeiro
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
LDL	Low Density Lipoprotein
HDL	High Density Lipoprotein

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Mapa do Município de Guaraciaba, 2014.....	10
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Cidades confrontantes com Guaraciaba e suas distância em Km. 2014.	11
Quadro 2- Priorização dos problemas da área de abrangência da equipe UBS do café.	22
Quadro 3- Proposta de operações para resolução dos nós críticos do problema dislipidemia na área de abrangência da Unidade Básica do Café.	24
Quadro 4 - Plano operativo.	27
Quadro 5- Acompanhamento das Ações	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO GERAL.....	16
4 MÉTODO.....	17
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
6 PLANO DE AÇÃO.....	21
6.1 Definição dos problemas.....	21
6.2 Priorização dos problemas.....	21
6.3 Descrição do Problema.....	22
6.4 Explicação do problema.....	24
6.5 Seleção dos nós críticos.....	24
6.6 Desenho das operações.....	24
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	27
6.8 Análise e viabilidade do plano.....	27
6.9 Elaboração do plano operativo.....	27
9.10 Plano de Gestão.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O município de Guaraciaba Localiza-se na Bacia do Rio Doce, banhada pelo rio Piranga, situada entre a Serra da Mantiqueira a leste e a Serra do Espinhaço a oeste, a 20° 34' 15" de latitude Sul e a 43° 00' 26" de longitude Oeste. Altitude Máxima, 875 metros. Local: próxima à Fazenda Independência região Soares e Altitude Mínima 500 metros. Local: próximo à região do Cantagalo, sendo a altitude da Sede: aproximadamente 551 metros. A área territorial do município é de 348,53 km², sendo 96,35% a área rural (IBGE, 2010).

Figura 01 - Mapa do Município de Guaraciaba, 2014.



Fonte: IBGE (2010)

Com concentração de 29,33 habitantes por km² e aproximadamente 2958 de domicílios e famílias, sendo que 99% é usuária da assistência à saúde no SUS, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,666 médio, com taxa de crescimento anual de 0,89%, taxa de escolarização de 85,03%, apresentando uma proporção de população abaixo da linha de pobreza de 21,5% (PNUD, 2000). O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, absoluto e relativo de Guaraciaba MG é de 4,7 com renda familiar em média R\$ 1.150,06. Sendo as principais atividades econômicas: agricultura-pecuária, agroindústrias, comerciantes e funcionários públicos, limitando com sete municípios, conforme Quadro 1.

Quadro 1- Cidades confrontantes com Guaraciaba e suas distâncias em Km. 2014.

Municípios	Distância (Km)
Viçosa	22
Porto Firme	24
Ponte Nova	38
Acaiaca	25
Diogo de Vasconcelos	24
Teixeiras	12
Piranga	38

Fonte: IBGE (2010).

O município não possui distritos, possuindo vários povoados, sendo dois povoados principais Penha e Córrego São Joaquim e o povoado do Café e aproximadamente 28 comunidades rurais.

O município fica a 220 km de Belo Horizonte e o acesso pode ser feito pelas rodovias: 216.0, BR 040-356, MG – 262, BR – 120 e MG – 445. A principal via pavimentada de acesso é a BR 120 que liga Guaraciaba a Ponte Nova. As vias de acesso para as comunidades rurais não são pavimentadas. Existem estradas vicinais, terra batida, que no período de chuva não oferecem boas condições de tráfego automotivo. Para transporte são utilizados ônibus escolares, carros particulares, motos, charretes e cavalos e em situações emergenciais de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A origem do desbravamento e do povoamento da região deve-se as expedições lideradas pelo Coronel Salvador Fernandes Furtado de Mendonça, ao sul do Ribeirão do Carmo, que descobriu ouro nas proximidades onde o Rio Bacalhau se encontra com o Rio Piranga, em 1704. A pequena povoação que se formou foi chamada primeiramente, em alusão geográfica do local, de “Barra do Bacalhau”. Da capela primitiva de Santa Ana, também chamada Santana dos Ferros, sabe-se que provisão episcopal de 1749 autorizou sua construção e que foi abençoada em 1752, quando pertencia à freguesia de Guarapiranga. Atualmente, vê-se no mesmo local a Matriz de Santana (LOURENÇO, 1999).

O mesmo autor acrescenta que dos tempos da mineração colonial, ressalta a tradição local, a tentativa do Administrador Geral das Minas Gerais, Capitão-Mor de Mariana, de desviar o curso do rio Piranga no local denominado “Brecha”, visando descobrir um rico filão de ouro em seu leito. O nome “Guaraciaba” aparece, pela primeira vez em Lei de 30 de outubro de 1884, quando a freguesia de Barra do Bacalhau, criada em 1832 e pertencente à Diocese de Mariana, tem seu nome alterado para Santana de Guaraciaba. O fato vai se repetir com o distrito que assume o mesmo nome, em 1911 (LOURENÇO, 1999).

Etimologicamente, nota-se a união dos vocábulos de origem tupi “Guaraciaba”, que literalmente significariam “cabelos cor do sol”, podendo-se interpretar como “cabelos louros”. O fato da adoção do termo pode ser explicado a partir da lenda que, ainda na época dos primeiros exploradores, via-se uma índia loura remando em sua canoa nos rios locais (CASTRO, 2014).

O Sistema Municipal de Saúde de Guaraciaba é habilitado como Sistema de Saúde Pleno de atenção Básica; ou seja, o município é responsável pela saúde básica em geral: atendimento em clínica geral, pediatria, ginecologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, coleta de exames laboratoriais, coleta para exames cito patológico (preventivo), atendimento em enfermagem, curativo, nebulizações, programa de imunização (vacinas), odontologia preventiva e curativa, teste do pezinho, outros. O município conta com 01 (um) Centro Municipal de Saúde, 04 (quatro) Unidades de Saúde da Família, Programa Saúde da Família – PSF: Nossa Senhora Santana - Sede, Penha, Café e Córrego São Joaquim.

Foi implantado o SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional este programa faz uma busca ativa e acompanhamento a crianças e gestantes de baixo peso, sobre peso e desnutrida, acompanha também o peso de todos os pacientes que vêm a Unidade de Saúde, estamos acompanhando principalmente pessoas obesas e fazendo orientações nutricionais, através da nutricionista.

No Programa Planejamento Familiar para o controle da natalidade principalmente a gravidez na adolescência, realiza-se frequentemente palestras educativas, distribuição de anticoncepcional (cápsulas) e preservativos masculinos (camisinha).

O Programa de Epidemiologia e Controle de Doenças conta com os Programas: PCE – Programa de controle da Esquistossomose que baseia em exames patológicos de fezes e tratamento dos pacientes portadores da esquistossomose. PCFAD - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, que consiste na busca ativa de focos e combate do mosquito, bem como trabalhos educativos e de conscientização, tratamento de caixas d'água. PCDC – Programa de Controle da Doença de Chagas – consiste em visitas domiciliares e busca ativa e combate do inseto transmissor da doença.

O município conta também com vacinação antirrábica animal, sendo realizada uma campanha anual e consiste em vacinação de toda população canina e felina.

Na Farmácia Básica são disponibilizados os medicamentos básicos como anti-hipertensivos, antibióticos, antidepressivos, remédios para controle da diabetes e verminoses. Para tanto conta com um programa informatizado para atendimento e controle de estoque e dispensação dos medicamentos.

As consultas e exames especializados são atendidos em Instituições Públicas de Saúde dos Municípios de Ponte Nova, Belo Horizonte e Viçosa e as consultas de urgências e emergências são encaminhadas ao Hospital Santana, no próprio município e aos hospitais de Ponte Nova.

Possui Conselho Municipal de Saúde que se reúne a cada 02 (dois) meses em reuniões ordinárias, contando também com reuniões extraordinárias, quando necessárias.

Em relação à organização do processo de trabalho da equipe local, são priorizadas as consultas agendadas, realização de reuniões de grupos como as de gestantes, do HIPERDIA, grupo de idosos, todos com atividades de lazer e promoção da saúde. As consultas para renovação de receitas são direcionadas para os pacientes que fazem uso crônico de benzodiazepínicos. São realizadas reuniões mensais, com discussão e análise das atividades feitas no período com a finalidade de melhorar os índices de saúde, metas estabelecidas pela Gerencia Regional de Saúde de Ponte Nova - MG, sem deixar de lado a assistência ao paciente de forma integral.

Com a realização do diagnóstico situacional, verificou-se que a população adscrita enfrenta grandes problemas de saúde como: dislipidemia, obesidade, sedentarismo, gravidez na adolescência, uso e abuso de drogas;

apresenta considerável número de hipertensos e diabéticos. Sendo o problema prioritário a ser enfrentado pela equipe, na elaboração do plano de intervenção.

Grande parte da população decide por uma dieta rica em gordura e carboidratos, que em excesso pode levar a obesidade. Popkin (2001) acrescenta que este comportamento é comum em países emergentes, sendo denominado de transição nutricional. Pode ser observado que os padrões nutricionais no Brasil têm sofrido mudanças, demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas ao longo do tempo com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento do sobrepeso e obesidade.

Nesse sentido, destaca-se que na área de abrangência da equipe, existe uma relação direta entre a quantidade de obesos na população com o desenvolvimento de doenças como Diabetes Mellitus, insulinos não dependentes e hiperlipidemia, que condiciona as doenças cardiovasculares, sendo esse o problema considerado prioritário para a equipe, na elaboração do plano de intervenção.

Acreditamos que, para combater tal adversidade, é importante a equipe de saúde, conhecer os hábitos e costumes e a cultura alimentar da população. Dessa forma, é possível se pensar em ações que visem diminuir o risco de doenças cardiovasculares, dadas por obesidade, implementando maior consumo de alimentos hipocalóricos menos gordurosos, realização de atividades físicas e comportamento culturais saudáveis.

Assim, a proposta para o desenvolvimento do estudo contará com a triagem feita pela equipe de saúde multidisciplinar, tendo como alvo principal, os pacientes com dislipidemia e a população de hipertensos e diabéticos, e para tanto, a equipe tem clareza de que para diminuir a morbidade de doenças cardiovascular é necessário proporcionar à comunidade, conhecimento sobre alimentos e importância de atividades físicas, diminuição de hábitos tóxicos, contando com a participação conjunta de toda a sociedade.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo OMS (2006), existe no mundo 1,6 bilhões de pessoas com sobrepeso, e esse número passará para 2,3 bilhões em 2015. E segundo publicação IBGE (2010), a população adulta no Brasil, com sobrepeso, atinge cerca de 40% da população e a obesidade 13%.

Essa realidade está presente na área de abrangência da equipe e, portanto, torna-se necessário propor um plano de intervenção que vise a diminuir em curto prazo níveis de triglicérides e colesterol, e a médio/longo prazo diminuir complicações relacionadas à hiperlipidêmica.

Espera-se, com a concretização do plano de intervenção, realizar a triagem e classificação de risco dos pacientes com dislipidemia; reduzir sedentarismo; promover saúde e ações educativas para melhorar a qualidade de vida da população; diminuir, em curto prazo, níveis lipídêmicos e, em longo prazo, comorbidades relacionadas, aterosclerose, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Espera-se, também, que o processo de trabalho de todos os profissionais da equipe de saúde da UBS do Café, Guaraciaba, Minas Gerais, seja mais efetivo, interdisciplinar e, com isso, consiga atingir seu objetivo: atender com qualidade técnica, científica e humana os usuários com dislipidemias.

3 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção que contribua para a diminuição dos níveis lipidêmicos da população adscrita à UBS do café, Guaraciaba, Minas Gerais.

4 MÉTODOLOGIA

Para a elaboração do plano, utilizou-se como método o Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme Campos; Faria e Santos (2010).

De acordo com os autores citados, foi realizada a primeira etapa que consistiu na discussão com a equipe para a identificação dos principais problemas da comunidade levantados no diagnóstico situacional, utilizando a estimativa rápida. Em seguida, ocorreu a priorização dos problemas encontrados e mereceu destaque o elevado número de pacientes com dislipidemias. Com o problema identificado como prioritário, realizou-se sua descrição e explicação e após o levantamento dos “nós críticos”, do mesmo, e foi desenvolvido o plano de ação, com a realização do desenho de operações para os nós críticos, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração o plano operativo e o plano de gestão.

Para subsidiar a fundamentação do tema, realizou-se uma revisão de literatura, buscando nos bancos de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, LILACS, SCIELO, e para tanto, utilizou-se os descritores “obesidade”, “dislipidemias”, “diabete mellitus”, “atividade física”, “promoção de saúde”, bem como publicações da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

“Desordens do metabolismo das lipoproteínas em conjunto com dietas ricas em gordura, obesidade e sedentarismo têm resultado em crescente incidência e prevalência da dislipidemia” A dislipidemia define várias situações, como elevação isolada de LDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de baixa densidade), elevação de triglicerídeos séricos, redução isolada de HDL – colesterol ou combinações entre estes (PROJETO DIRETRIZES ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA,2010, p.3).

Grundy *et al.*(2005) citado por Leal *et al.*(2009,sp), abordam que os fatores de risco são na sua maioria de origem metabólica. Mas também existem “outros fatores associados que potenciam o aumento e a severidade dos indicadores metabólicos” sendo a falta da prática de atividade física, a obesidade, a idade, e ainda os hábitos nutricionais inadequados.

O estado nutricional influencia as concentrações de lipoproteínas e triglicerídeos no sangue. A obesidade se associa a alterações das lipoproteínas de maneira semelhante ao diabetes melito tipo 2, ou seja, há aumento de triglicerídeos, redução de HDL-colesterol e aumento de LDL-colesterol (particularmente com importante contribuição de partículas pequenas e densas) (PROJETO DIRETRIZES ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA,2010, p.5).

A obesidade e o acúmulo excessivo de tecido adiposo é considerado como uma doença crônica que compromete a saúde dos indivíduos. A sociedade moderna tem avançado economicamente em várias partes do mundo e com isso a obesidade tem se tornado um problema de saúde pública assim enfrentado os danos causados pela obesidade como as doenças cardíaco e cerebrovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes não-insulino dependente, algum tipo de câncer, além de prejuízos psicossociais relacionados à discriminação da condição patológica. Especula-se que os países desenvolvidos gastem em média de 2% a 7% dos orçamentos em saúde (WHO, 1997).

Segundo a classificação de obesidade pela Organização Mundial de Saúde, relacionando a faixa de índices de massa corporal (IMC), é considerado excesso de peso, IMC acima de 25,0, pré-obesidade entre 25,0 até 29,0 e

obesidade classe I classe II e classe III, segundo resultado, acima de 29,0 (OMS, 2000).

Acrescenta-se que, com a produção desequilibradas de colesterol no organismo dos seres humanos, podem ser desencadeados sérios problemas, como exemplo a aterosclerose, que obstrui as paredes do vaso sanguíneo, e tem relação com o aumento do colesterol no sangue (LEHNINGER, 2006).

De acordo com Pinheiros (2001) nas últimas décadas foi visível mudanças nos hábitos alimentares em vários países, o que tem refletido na complexidade dos modelos atuais de consumo e dos fatores que os determinam.

Fatores como, substituições dos alimentos in natura, ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados, associado a um estilo de vida sedentário, favorecido pelos avanços tecnológicos e a mudanças na estrutura de trabalho, colaboram para ser um dos principais fatores etiológicos da obesidade, tendo relação com o diabetes tipo 2. Aproximadamente 80 e 90% dos indivíduos acometidos por esta doença são obesos e o risco está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal (SARTORELLI, 2003).

De acordo com Martins e Marinho (2003), a obesidade visceral é considerado o mais grave fator de risco cardiovascular e de distúrbio na homeostase glicoseinsulina.

De acordo com relatório recente, dados relacionados ao grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), mostram que tem sido fator de risco para morte, de 2,8 milhões de pessoas por ano (BRASIL, 2011).

Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística aumentou continua e substancialmente o percentual de pessoas com excesso de peso e obesas, em todas as regiões do país, em todas as faixas etárias e em todas as classes sociais. Com maior gravidade nas regiões com comunidades de classe média (IBGE, 2010).

Segundo Terres et al. (2006), diversos trabalhos tem relatado as conseqüências da obesidade. Sendo que o excesso de gordura em adultos está associado à maior ocorrência de Diabetes Mellitus, à hipertensão, ao aumento do triglicérideo e do colesterol.

É possível afirmar que a prática de atividades físicas é forte aliada da prevenção de dislipidemia, Diabete Melittus tipo 2 e doenças cardiovasculares, sem contar com o fato de que influência nos valores mais favoráveis das lipoproteínas plasmáticas e para a prevenção (PITANGA, 2001)

As dislipidemias são mais frequentes em pacientes sedentários, obesos, tabagistas e em consumidores de grandes quantidades de açúcar e gordura, provocando em longo prazo placas de ateromas em vasos sanguíneos com correspondente complicação de infarto e derrame, provocando diretamente a morte. O excesso de ácidos graxos de origem animal eleva os níveis de colesterol ruim no sangue, também as triglicérides são componentes gordurosos em sangue (XAVIER et al, 2013).

O tratamento da dislipidemia pode ser farmacológico ou dietético. O Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira Conselho Federal de Medicina, 2010, p.5-6) recomenda que terapia nutricional, entendida como uma dieta saudável compõe um dos pilares do tratamento não medicamentoso desta doença. “A terapia nutricional visa à redução dos níveis de LDL-colesterol e triglicérides e/ou aumento do HDL-colesterol, valores estipulados de acordo com risco cardiovascular do paciente.” Nas dislipidemias ocorrem uma somatória dos excessos da ingestão de alimentos de má qualidade(ingestão de gorduras e carboidratos). Quanto maior o tempo da utilização de determinada terapia nutricional, maior é o êxito. “A terapêutica instituída, seja ela dietética ou farmacológica, for suspensa, o quadro de dislipidemia recidiva. Portanto, o tratamento nutricional é permanente”.

6 PLANO DE AÇÃO

Para Cardoso et al. (2008), é necessário que todo método de planejamento já constituído de etapas com uma seqüência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E essas etapas devem ser seqüenciais de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território. Deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo.

De acordo com o Planejamento Estratégico Situacional serão seguidas as etapas abaixo.

6.1 Definição dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional realizado pela equipe foram definidos os seguintes problemas vivenciados pela comunidade.

- Dislipidemia,
- Obesidade,
- Sedentarismo,
- Gravidez na adolescência,
- Uso e abuso de drogas;
- Considerável número de hipertensos e diabéticos.

6.2 Priorização dos problemas

Para escolher, priorizar, avaliar os problemas são necessários utilizar critérios que possibilite uma priorização objetiva. Assim sendo os problemas identificados precisam ser priorizados porque a equipe não dispõe de recursos financeiros e humanos para enfrentar todos os problemas de uma só vez. Para priorizar foram utilizados os critérios: importância, capacidade de enfrentamento, urgência e a seleção numérica na ordem de prioridade segundo Campos; Faria e Santos (2010).

Quadro 2 - Priorização dos problemas da área de abrangência da equipe BS do café.

Comunidade do Café– Equipe Café				
Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Número de hipertensos e diabéticos	Alta	7	Parcial	1
Aumento do número de alcoólicos	Alta	6	Parcial	3
Índice de dislipidemias e obesidade	Alta	7	Parcial	2
Hábitos higiênicos e alimentares	Alta	5	Parcial	4
Embaraço em adolescentes	Alto	3	Parcial	5
Uso indiscriminado de remédio	Alto	6	Parcial	6

Fonte: autoria própria

6.3 Descrição do Problema

Nossa equipe de saúde tem um processo de trabalho direcionado a diminuir fatores de risco, estimulando mudanças no estilo de vida, para que eu possa conhecer melhor a comunidade para repassar orientações mais adequadas. Lida com alto número de risco cardiovascular (hipertensos, diabéticos, alto índice de dislipidemias, obesidade, sedentarismo e tabagistas). Priorizando a dislipidemias, obesidade e sedentarismo, que tem como conseqüências aumento do número de pacientes cada vez com menos idade,

aumento de risco cardiovascular com complicação como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Foram registradas na área de abrangência da UBS 410 pessoas com dislipidemias, além da obesidade, com 312 pacientes, e risco cardiovascular 510 hipertensos.

Existe um alto número de risco cardiovascular (hipertensos, diabéticos, alto índice de dislipidemias, obesidade, sedentarismo e tabagismo para ser abordado). Destaca-se, o risco cardiovascular elevado como o principal problema, com mais de 628 pacientes com idade acima de 15 anos somando cerca de 26,27% entre todas as doenças, dados de 2014, provenientes de fontes significativas, ocupando primeiro lugar as doenças HAS com 520 pacientes, cerca de 21,76%, seguido de diabetes Mellitus com 84 pacientes com índice de 3,51%, posteriormente vem dislipidemia com 410, sobrepeso com 312 e obesos com 52 entre outros que podem assim aumentar os riscos de doenças cardiovasculares.

Considerou-se que esses fatores de riscos podem estar ligados a hereditariedade, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, além do desemprego, baixos salários e principalmente a falta de informação da população sobre os riscos e agravos da doença e conscientização dos seus direitos sociais.

As conseqüências do que foi mencionado, tendo como causa da prevalência os riscos cardiovasculares na UBS, apresentou como conseqüência, 8 infartos, 5 AVE e doenças renais crônicas, que provocarem 6 invalidez física e mental, 7 aposentadorias precoces e além do aumento de mortalidade e desemprego.

Chegamos à conclusão, confrontando com a literatura, que a HAS e Diabetes Mellitus na área de abrangência, está ligada a fatores de risco como a obesidade e hiperlipidemia, dieta rica em gorduras e carboidratos, falta de atividade física, pouca cultura e conhecimento da doença, alto consumo de álcool e tabagismo, baixa escolaridade, aumento de problemas pessoais, familiar e social, falta de emprego, falta de apego familiar e alta ingestão de café.

6.4 Explicação do problema

Na unidade básica de saúde café foi possível identificar o principal problema como a dislipidemia e obesidade, que são fatores de riscos de doenças cardiovasculares principalmente com grandes números de hipertensos e diabéticos. Tudo isso tem causa e fatores dados por baixos níveis de conhecimentos dos pacientes, sobre as doenças cardiovasculares, alimentação errada, faltas de atividades físicas sistemáticas e aumento de hábitos tóxicos, tudo isso favorece a problemática levantada.

6.5 Seleção dos nós críticos

Para entendermos melhor o problema é uma insatisfação de uma pessoa ou grupo de pessoas frente componentes da realidade que ele quer e pode modificar. Para planejar uma ação direcionada é necessário identificar os problemas como o ponto inicial. Os “nós críticos” são aquelas causas principais e importantes que dão origem ao problema e que merecem ser enfrentadas para solucioná-lo. Segundo Campos; Farias e Santos (2010,p.65) nó crítico “está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. As questões levantadas como as mais relevantes para justificar a origem do problema priorizado é a ingestão de álcool, falta de dieta adequada, falta de apoio familiar, falta de atividade física e uso incorreto de remédios, desemprego, conflitos familiares, falta de objetivo e responsabilidades familiares e pessoais, principalmente baixo índice de escolaridade. Sabe-se que têm alguns nós críticos que a equipe não tem governabilidade para solucioná-los, por isso vamos enfrentar somente aqueles que estão dentro de nossa possibilidade de resolução.

6.6 Desenho das operações

Considerando as causas mais importantes da dislipidemia, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do Café, a equipe definiu as ações

para o enfrentamento de cada nó crítico, os resultados pretendidos com cada ação descrita, assim como os recursos necessários para implantar as ações.

Quadro 3- Proposta de operações para resolução dos nós críticos do problema dislipidemia na área de abrangência da Unidade Básica do Café

Nós críticos	Projeto Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de atividades físicas	Quebrando barreiras Aumentar a participação às atividades físicas .	Criação de grupos voltados à diminuição do sedentarismo .	Adesão aos grupos de atividades físicas. -Diminuição em 15% o número de sedentários.	Organizacional: criação dos grupos e espaço na rádio local. Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais, folhetos educativos, dentre outros.
Falta de dieta adequada	Viver com Saúde Sensibilizar a adesão de uma dieta saudável.	Criação de grupos pela nutricionista para discutir sobre uma dieta saudável e qualidade de vida.	Diminuição da obesidade, nível glicêmico e níveis pressóricos.	Organizacional: criação dos grupos de debates sobre dieta adequada, além de palestras ministrada pela nutricionista. Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais, folhetos educativos, dentre outros.
Baixo nível de conhecimento sobre a doença.	Saber Mais Aumentar o nível de informação sobre o risco cardiovasculares.	População mais informada sobre a doença.	Aumento de conhecimento da população sobre os riscos cardiovasculares.	Cognitivo: +conhecimento sobre estratégias de comunicação e temas Organizacional: Organização da agenda. Politico:+ articulação Inter setorial e mobilização social.

Falta de apoio familiar,	Minha família Conscientizar a família sobre sua coresponsabilização quanto a sua saúde e de seus familiares	Maior vínculo dos familiares e pais mais conscientes em relação a seu papel e influência sobre sua família e filhos	Familiares mais conscientes e informados sobre as conseqüências das patologias e seu papel no tratamento e monitoramento do seu familiar doente.	Organizacional: criação de grupos e palestras com a equipe multidisciplinar Financeiro: Aquisição folhetos educativos, dentre outros.
Uso incorreto de remédios,	Monitoramento Orientar os pacientes sobre a importância de seguir os horários prescritos pelo médico.	Aumento o nível de informação dos pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento e os riscos para evitar as complicações da doença. Aumento da adesão ao tratamento.	Conscientização dos pacientes sobre o uso adequado dos medicamentos, assim levando a um aumento dos níveis de melhora dos pacientes	Organizacional: Criação de estratégias junto com a equipe de saúde e o NASF. Para fiscalização e conscientização deste problema.

Com a finalidade de promover a saúde e diminuir o sedentarismo, foi feita uma abordagem multidisciplinar, envolvendo o recreador físico que orientará atividades aeróbicas (caminhar, correr, dançar), exercícios de flexibilidade, alongamento, força, resistência, etc. Com duração de 50 minutos cinco vezes por semana, com monitoramento dos batimentos cardíacos durante atividade de 150 a 170 por minutos. Após atividade física equipe de saúde ira administrar palestras educativas no sentido de tirar dúvidas e proporcionar conhecimentos sobre alimentação e atividade física.

Também operamos sobre algumas barreiras para aumentar participação nas atividades físicas e regimes dietéticos saudáveis, com ações de criação de grupos voltados a diminuição de obesidades e sedentarismo com a

participação de toda equipe e apoio NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que estão disponíveis e, por isso, a equipe terá que utilizar estratégias para que possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O envolvimento de profissionais e do gestor municipal de saúde terá também que contribuir com a operacionalização dos projetos, uma vez que se faz necessária a avaliação e monitoramento de um plano estratégico para cada ação.

6.8 Análise e viabilidade do plano

Analisando a viabilidade dos projetos cujos recursos são controlados por determinados atores, se fez necessário utilizar ações estratégicas para sensibilizá-los apresentando e discutindo os projetos para que eles tenham motivação favorável, sendo, a secretaria de saúde, de planejamento, ação social, educação, cultura, lazer, ONG e outros. Todos esses, ao conhecer o projeto, se mostraram favoráveis, portanto, tornando o plano viável em sua execução.

6.9 Elaboração do plano operativo

Um plano operacional é um documento no qual os responsáveis de uma organização (seja esta uma empresa, uma instituição) estabelecem os objectivos que desejam ver cumpridos e estipulam os passos a seguir, para designar os responsáveis por cada operação.

Quadro 4 - Plano operativo.

Operação Projeto	Responsável	Prazo
Quebrando barreiras	Enfermeira, médico e apoio do NASF	Dois meses
Viver com Saúde	Reinaldo Baldo Soria	Quatro meses
Saber Mais	Agentes De Saúde	Seis meses
Minha família	Familiares	Um ano
Monitoramento	Farmacêuticos e equipe do de PSF	Um ano

6.10 Plano de Gestão

O envolvimento dos responsáveis de cada projeto é muito importante para o acompanhamento da execução das ações e avaliação dos resultados isto contribui para o alcance do objetivos propostos com vistas à redução da fatores de risco para a dislipidemia na área de abrangência da Unidade Básica da Unidade Básica do Café.

O monitoramento e avaliação devem ser contínuos para evidenciar possíveis falhas e implementar novas estratégias e também perceber os avanços encontrados.

A gestão do plano de trabalho para a intervenção é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, sendo supervisionado pelo médico e pela enfermeira. A ação será avaliada pela coordenação da Unidade de saúde do município, após 06 meses do inicio do projeto. Sendo a campanha educativa na radio local, avaliada pela secretaria de assistência social em 03 meses; projeto merenda (saúde saudável), avaliada pela nutricionista da rede municipal de educação.

A Equipe de Saúde da Família fará acompanhamento constante, dia-a-dia, da participação e adesão a novos hábitos, observando todas as atividades de planejamento do projeto, assessorado pelo coordenador de unidade básica de saúde, enfermeiras e médico responsável pelo trabalho de avaliação qualitativo, observado todas as ações estratégicas com seus responsáveis e os prazos de finalização.

Diante do exposto serão apresentados a gestão de cada projeto:

Quadro 5- Acompanhamento das Ações

Projetos	Acompanhamento das Ações
Quebrando barreiras	Contatamos que toda equipe multidisciplinar percebeu um aumento da população obesa de atividades físicas, com diminuição de 15% de sedentarismo.
Viver com Saúde	A nutricionista com equipe de saúde observou que após as intervenções em palestras e educação alimentares, teve uma melhora em seus hábitos alimentares, assim níveis de glicêmico e níveis pressóricos.
Saber Mais	Através de visitas e entrevista da equipe de saúde aos pacientes e atendimentos clínicos, pode perceber um aumento de conhecimento da população atendida sobre os riscos cardiovasculares.
Minha família	Identificamos uma nos familiares uma maior conscientização e conhecimento sobre as conseqüências das patologias e seu papel no tratamento e monitoramento do seu familiar doente.
Monitoramento	Os pacientes aumentaram a adesão ao tratamento, além do consumo consciente dos medicamentos, assim facilitando sua melhora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do plano elaborado para o combate a obesidade e dislipidemias, tem a finalidade de promover a saúde e diminuir o sedentarismo, aumentando o conhecimento que alertem para os benefícios de uma dieta com taxa calórica baixa, do sedentarismo, associado à hipertensão arterial ao diabetes.

Foi considerado como positivo, no processo de elaboração do plano, a possibilidade da diminuição da obesidade e dislipidemias, além do aumento de conhecimento da população, o trabalho conjunto de equipe de saúde com outras disciplinas e setores. Nossa equipe ganhou conhecimento e informação e muita experiência.

E muito importante para nos avaliar o problema da nossa comunidade de forma integral com a participação de toda comunidade, família e paciente, assim como acompanhamento e monitoramento intersertoria, demonstrado a principal causa e conseqüências de dislipidemia e obesidade, que permite uma prevenção futura de aumento de doenças crônicas não transmissíveis .

Recomendamos estender estas intervenções a outras áreas de UBS de nosso município para diminuir as principais mobilidades dadas por hipertensão arterial e IAM.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. No Brasil, 2011-2022. www.portalsaude.gov.br. Acessível em 10 abril, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 10/01/2016.

CARDOSO, F.C *et al.* **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

CASTRO, José Flávio Moraes. **Guaraciaba, Aspectos históricos e culturais do município**. Guaraciaba, 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316890>>. Acesso em 20 ago. 2015.

LEHNINGER, A. L. **Princípios de Bioquímica**. 4ª Ed. SP: Sarvier, 2006.

LOURENÇO, C. G.. **Guaraciaba: Fragmentos históricos e sociais**. Guaraciaba. 1999.

MARTINS, I. S. MARINHO, S. P. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Rev Saúde Pública**. São Paulo. V.37, n.6. p.760-767. 2003.

OMS. **Prevenção e manejo de Epidemiologia Series**. Genebra. 2000.

OMS. **Definição, diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e suas complicações: relato de uma consulta da OMS**. Genebra: Departamento de vigilância de doenças não transmissíveis. 2006.

PITANGA F.J.G. Atividade física e lipoproteínas plasmáticas em adultos de ambos os sexos. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**. Brasília.v. 9 n. 4, p. 25-31, out. 2001

PINHEIRO, K. História da Alimentação. **Universitas Ciências da saúde**; 2001. 3:173-190.

POPKIN B.M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr.** The American Society for Nutritional Sciences.. 2001. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/131/3/871S.full> > acesso em:20 de out. de 2015.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2000. **Informe sobre o desenvolvimento humano.** Brasília. 2010.

PROJETO DIRETRIZES. **Terapia Nutricional nas Dislipidemias.** Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2010

SARTORELLI, D. S. FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 19. Sup.1. 2003

TERRES, N. G. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. **Rev Saúde Pública.** Vol 40. N 4. p.627-633. 2006. Disponível em: < file:///C:/Users/User/Downloads/4090-16833-1-PB.pdf>. Acessado em 29 de out. de 2015.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Dislipidemias. **Arq. Bras. Cardiol.** V. 101, Nº 4, Supl 1, **São Paulo. Out. 2013.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001. Acesso em: 11 jun. 2014.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. In: **Report of WHO. Consultation on Obesity.** Geneva : World Health Organization, 1997.