

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

LUISA MARIA VALLE AGUILERA

**DISLIPIDEMIA: CONSTRUINDO UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PARÁ DE MINAS – MINAS GERAIS
2016

LUISA MARIA VALLE AGUILERA

**DISLIPIDEMIA: CONSTRUINDO UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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. Humberto Ferreira de Oliveira Quites.

PARÁ DE MINAS – MINAS GERAIS

2016

LUISA MARIA VALLE AGUILERA

**DISLIPIDEMIA: CONSTRUINDO UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Examinador 2 – Prof. Humberto Ferreira de Oliveira Quites

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____

DEDICATÓRIA

A meu pai (em memória) quem foi tudo para mim e me mostrou o caminho a seguir na vida.

A minha família por permitir a realização deste sonho em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente ao professor Humberto Ferreira de Oliveira Quites, por sua paciência e dedicação na orientação deste projeto e a todas as pessoas que fizeram possível a realização deste trabalho, em especial a minha família pelo apoio e compreensão, ainda na distância que nos separa.

*A maneira de pensar, a
maneira como você se comporta, a
maneira de comer, pode influenciar
a sua vida a partir de 30 a 50 anos.*

Deepak Chopra .

RESUMO

As dislipidemias são consideradas um problema de saúde em nível mundial e no Brasil devido a sua estreita relação com o desenvolvimento de doenças arteriais coronarianas e suas complicações. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de Intervenção para enfrentamento da dislipidemia em moradores do distrito de Torneiros, no Município de Pará de Minas /Minas Gerais. Para a realização deste trabalho foi necessária uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados em saúde, tais como: Científica Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e manuais do Ministério da Saúde. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores presentes nos Descritores de Ciências da Saúde: dislipidemias, prevenção primária, estratégia saúde da família, planejamento em saúde. Após a seleção e leitura do material, propomos a elaboração do Plano de Intervenção segundo o Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia da Saúde da Família. Espera-se com esta proposta a redução desta problemática na comunidade da área de abrangência proposta, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida destes usuários.

Palavras chave: Dislipidemias. Prevenção primária. Qualidade de vida. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

Lipid disorders are considered a health problem worldwide and in Brazil due to its close relationship with the development of coronary artery disease and its complications. In this context, this paper aims to draw up an intervention project for dyslipidemia in coping residents Torneiros district in Pará de Minas / Minas Gerais. For this work, a literature search in the main health databases was needed, such as Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and instructions of the Ministry of Health. The search was guided using the following descriptors present in descriptors of health Sciences: dyslipidemias, primary prevention, family health strategy, health planning. After selecting and reading material, we propose the development of the second Intervention Plan course material described in Module Planning and Evaluation of the Specialization Course Health Action in Primary Care in Family Health. It is hoped that this proposal to reduce this problem in the community area of coverage proposal, preventing complications and improving the quality of life of users.

Key words: Dyslipidemias. Primary prevention. Quality of life. Health planning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

- D.A.C.**..... Doença Arterial Coronária.
E.S.F...... Equipe de Saúde da Família.
C.T...... Colesterol Total.
A.C.S...... Agentes Comunitárias de Saúde.
L.D.L.-c...... Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade.
H.D.L......Lipoproteína de Alta densidade.
A.P.S......Atenção Primaria de Saúde.
U.B.S......Unidade Básica de Saúde.
P.A.C.S......Programa de Agentes Comunitárias de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- População maior de 40 anos na área de abrangência do E.S.F. de Torneiros, Município Pará de Minas, 2015.

Quadro 2- População maior de 40 anos com diagnóstico de dislipidemia na área de abrangência do E.S.F. de Torneiros, Município Pará de Minas, 2015.

Quadro 3- Estabelecimento de prioridades para os problemas de saúde.

Quadro 4- Desenho de operações para os nos críticos.

Quadro 5- Identificação dos recursos críticos.

Quadro 6 - Análise da Viabilidade.

Quadro 7- Plano Operativo.

Quadro 8- Gestão do plano.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	10
2-JUSTIFICATIVA.....	14
3-OBJETIVOS.....	15
4-METODOLOGIA.....	16
5-REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
5.1-Principais manifestações clínicas.....	19
5.2 Fatores de risco associado com dislipidemias.....	19
5.3 Abordagem diagnóstico.....	20
5.4 Tratamento das dislipidemias.....	20
5.5 Tratamentos farmacológico.....	20
6- PLANO DE INTERVENÇÃO.....	23
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
8- REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Pará de Minas é um município brasileiro no estado de Minas Gerais. Localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 90 km. Ocupa uma área de 551,247 km², sendo que 9,9 km² estão em perímetro urbano (PARÁ DE MINAS, 2015).

Em 2010, a população do município segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 84 215 habitantes. Já as estatísticas divulgadas em 2014, a população municipal era de 90 306 habitantes (PARÁ DE MINAS, 2015).

Segundo as estatísticas referentes ao ano de 2010, aproximadamente 22,41% da população total tinha menos de 15 anos de idade, 70,34% tinha de 15 a 64 anos e 7,23% possuíam mais de 65 anos, com uma esperança de vida ao nascer de 75,9 anos (PARÁ DE MINAS, 2015).

Em relação à situação de saúde do município, os serviços estão em rede. Cada equipe de (UBS) conta com médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Do total de equipes no município, 11 apresentam também equipes de saúde bucal, inseridos na estratégia saúde da família (PARÁ DE MINAS, 2013).

A área na qual atuo fica em Torneiros, distrito rural do município, que foi criado pela Lei Estadual nº 8.285, de 8 de outubro de 1982, a partir do ex-povoado de Torneiros e com terras desmembradas do distrito de Carioca (TORNEIROS, PARÁ DE MINAS, 2015).

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Tem 3.417 moradores, deles 1747 (51.12%) são homens e 1670 (48.87%) são mulheres. A estrutura de saneamento básico na comunidade é aceitável, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário (SIAB, 2014).

Parte da comunidade vive em moradias com boa qualidade, a população empregada vive basicamente do trabalho nas fábricas de cerâmica de telhas e tijolos, criação de frango, da prestação de serviços e da economia informal. Não existe predomínio do desemprego.

Atualmente a equipe de saúde de Torneiro está composta por uma enfermeira, uma médica, dois técnicos de enfermagem, três (ACS), uma recepcionista. Também se integram a equipe, com consultas a cada quinze dias uma nutricionista, um

fisioterapeuta, e uma dentista.

A unidade começou a funcionar há cerca de 10 anos como (PACS) e há dois anos funciona como UBS da zona rural Torneiro, estando situada no centro da comunidade. Sua estrutura é pequena o que dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde.

A equipe de família fez uma análise da situação de saúde da área de abrangência e determinou que a dislipidemia é considerada um problema de saúde sério, sendo considerado como prioridade número um, pois mais dos 58 % da população maior de 40 anos apresenta este diagnóstico (Quadro 2). Também é importante mencionar que existe uma prevalência da obesidade em mais dos 35% dos usuários com predomínio no sexo feminino. Ademais, predomina na maioria da população o sedentarismo e o hábito de fumar, os estilos de alimentação não são saudáveis, muitas vezes ocasionada por baixo nível de informação dos usuários causada por ações de promoção de saúde insuficientes pela equipe e outras vezes motivado por a baixa renda dos pacientes, os quais estão impossibilitados de comprar alimentos saudáveis (SIAB,2014).

Quadro 1- População maior de 40 anos na área de abrangência do ESF de Torneiros, Município Pará de Minas. 2015

Faixa etária	Sexo masculino Nº / %	Sexo feminino Nº / %	Total Nº / %
População maior de 40 anos	720 /21%	681 /19.92	1401 /41%

Fonte: SIAB (2014)

Quadro 2- População maior de 40 anos com diagnóstico de dislipidemia na área de abrangência do ESF de Torneiros, Município Pará de Minas. 2015

Faixa etária	Sexo masculino Nº / %	Sexo feminino Nº / %	Total Nº / %
População maior de 40 anos	405 / 56,25%	421/59,47 %	826 /58,95

Fonte: SIAB,2014.

As dislipidemias são consideradas um problema de saúde em nível mundial, tendo em conta sua relação com o desenvolvimento de doença arterial coronária com predomínio de acidente vascular cerebral e cardiovasculares, sendo estas causas importantes de morte e incapacidade. Este transtorno metabólico ocorre quando os níveis circulantes de lipídios estão aumentados na circulação sanguínea (BEVILACQUA, et al., 2007).

Este problema de saúde pode ser causa de alteração arterial, gerando complicações, principalmente em pacientes adultos, sendo na prática diária motivo de consultas em especialidades como cardiologia, endocrinologia, geriatria e também em pediatras. O tratamento visa em prevenir as complicações, sempre incluindo a adequação de estilos de vida (BERTOLAMI, 2014).

Na literatura se relata a relação que existe entre o desenvolvimento das dislipidemias com fatores de risco e a urgência de diagnóstico oportuno e medidas preventivas encaminhadas a diminuir as complicações deste problema de saúde (MIRANDA, 2010).

É por isso que para o enfrentamento deste problema na APS, a equipe de saúde tem que atuar sobre os principais fatores de risco associados (tabagismo, elevação de pressão arterial e da glicose, obesidade, e alimentação inadequada) com o objetivo de reduzir a incidência e prevalência por esta causa e como consequência as mortes. Neste sentido a equipe de saúde da família tem que trabalhar em conjunto visando um diagnóstico cedo e tratamento adequado. É muito importante realizar ações de saúde que aumentem os conhecimentos da população sobre este fator de risco e tentar modificar estilos de vida inadequados.

A equipe de saúde da família tem a possibilidade de conhecer as necessidades da população pois estão estritamente relacionados com suas condições de vida, permitindo a compreensão do processo saúde-doença e possibilitando a intervenção no indivíduo, família e comunidade com ações de promoção e prevenção, além das práticas curativas (OLIVEIRA,2013).

Tendo em conta as sérias repercussões que ocasionam as dislipidemias na saúde, e as possibilidades de acompanhamento destes pacientes pelos profissionais da UBS, a equipe considerou que no município de Pará de Minas existem recursos humanos e materiais necessários para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população com diagnóstico de dislipidemia, sendo esta proposta viável.

Portanto implantar um plano de ação para reduzir a prevalência das dislipidemias no distrito de Torneiros, no município de Pará de Minas, Minas Gerais, é uma tarefa difícil a ser enfrentada pela equipe de Saúde da Família, porém não impossível.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe da família do distrito de Torneiros analisou a situação de saúde de sua área de abrangência, sendo identificados como principais problemas de saúde a incidência e prevalência elevada de pacientes portadores de dislipidemia; incidência elevada de patologias crônicas descompensadas (diabetes mellitus e hipertensão arterial); alto consumo de psicotrópicos e prevalência elevada de obesidade.

O problema de incidência e prevalência elevada de dislipidemias na população foi selecionado como prioridade pela equipe, considerando importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Nesta área de saúde, no ano 2014, ocorreram 75 hospitalizações de usuários da área de abrangência da equipe, sendo as principais causas por complicações do aparelho respiratório, circulatório e outras causas externas. As principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (3); doenças do aparelho respiratório (3) causas externas (1); neoplasias (1). (SIAB, 2014).

Cabe mencionar também que os principais fatores de risco que se observam na população são o hábito de fumar, a obesidade, o sedentarismo e alto número de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, quase sempre associados ao diagnóstico de dislipidemia.

A análise do problema na área de abrangência aponta que na comunidade predomina o baixo nível cultural da população, desconhecimento de hábitos de vida saudáveis, nível socioeconômico baixo, destacando-se que muitas vezes a população não tem a capacidade econômica para a compra de alimentos saudáveis. Outro fator relacionado com este problema são as ações de promoção de saúde feitas pela equipe, que ainda são insuficientes, pois não existe um trabalho planejado e direcionado na oferta das ações. Também vale destacar que o nível de conhecimento dos usuários é baixo e que os hábitos e estilos de vida são inadequados, refletindo em sedentarismo, tabagismos e hábitos alimentares não saudáveis.

Tendo em conta as serias repercussões que traz a Hiperlipidemia para a saúde do indivíduo, as mortes, as sequelas que deixa, envolvendo a família no cuidado do paciente e os custos para o sistema de saúde, consideramos pertinente a realização deste projeto, o que possibilitara modificar estilos de vida nestes usuários e melhorar sua qualidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um Projeto de Intervenção para enfrentamento da dislipidemia em moradores do distrito de Torneiros, no Município de Pará de Minas/MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura científica os principais fatores que predispõem a dislipidemia.
- Propor uma reorganização do atendimento aos portadores de dislipidemias da unidade básica de saúde.
- Proporcionar a população da área de abrangência mais informações sobre hábitos saudáveis de vida promovendo a saúde da população.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho a equipe de saúde da UBS de Torneiros elegeu a dislipidemia como prioridade dentre os principais problemas da área de abrangência.

Para entender melhor sobre o tema foi realizada pesquisa bibliográfica baseada em uma atividade de localização e consulta de fontes diversas de informações escritas. Posterior a isso fizemos uma revisão bibliográfica referente ao tema de dislipidemia, fazendo uso dos sites de busca de dados, tais como: Cientifica Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca virtual / NESCON e manuais do Ministério da Saúde. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: dislipidemias, prevenção primária, estratégia saúde da família, planejamento em saúde. O período de busca foi de publicações entre 2000 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores que ainda tem relevância no seu conteúdo.

As informações do diagnóstico situacional e da literatura revisada foram à base para propor um plano de intervenção para o enfrentamento desta problemática de saúde que afeta esta população. Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) do Curso de Especialização Estratégia da Saúde da Família, descritos a seguir.

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (os problemas e suas consequências para a população);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas do problema mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);

g) Sétimo passo: identificação dos recursos críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação que não estão disponíveis);

h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

i) Nove passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As dislipidemias são consideradas como o aumento dos lípidos no sangue, acima de seus valores de referência estabelecidos (FERNANDES,2011).

O desenvolvimento da aterosclerose tem estreita relação com as dislipidemias e outros fatores de risco, como são o tabagismo e a HAS. A aterogênese se inicia por agressão do endotélio vascular das artérias de médio e grande calibre e se relata que um evento coronário agudo é a primeira manifestação que ocorre como resultado da aterosclerose (XAVIER,2013).

A DAC é considerada a principal causa de morte no Brasil, existem evidências de que o colesterol elevado é considerado o principal fator de risco modificável, fundamentalmente a redução de LDL-c através de mudanças de estilo de vida e tratamento farmacológico, tendo isto uma boa repercussão na redução de eventos coronários agudos (XAVIER,2013).

As dislipidemias têm várias classificações, mas na prática médica as mais utilizadas são de acordo a sua etiologia e classificação laboratorial. De acordo a sua etiologia podem ser primárias e secundárias, sendo as primárias originadas por distúrbios lipídicos de origem genético e as secundárias são causadas por estilos de vida inadequados, doenças e medicamentos (BERTOLAMI,2014).

Dentre as doenças e medicamentos mas frequentes associadas como causa secundaria de dislipidemia estão o hipotireoidismo, hepatopatias, insuficiência renal, diabetes mellitus descontrolada, e o uso de medicamentos tais como diuréticos, corticoides, imunossupressores, antirretrovirais (IZAR,2011).

De acordo a sua apresentação laboratorial se classificam como hipercolesterolêmica isolada (com aumento do LDL-c); Hipertrigliceridemia (com valores aumentados de triglicérides); hiperlipidêmica mista (ou seja, aumento de colesterol total e triglicérides) e diminuição isolada de HDL-c (XAVIER,2013).

As dislipidemias primárias são classificadas por meio de análises bioquímicas em genótípicas e fenotípicas. As genótípicas incluem as monogênicas poligênicas. Para a classificação fenotípica ou bioquímica se tem em conta os valores de colesterol total, LDL-c, triglicérides e HDL-c (XAVIER, 2013).

Recomenda-se em crianças e adolescentes fazer perfil lipídico quando tiver história de familiares como: avós, pais, irmãos e primos de primeiro grau com diagnóstico de dislipidemias graves, ou com manifestações de aterosclerose prematura.

Também se deve indicar o perfil lipídico quando há clínica de dislipidemias ou tenham outros fatores de risco, doenças de causa secundária de dislipidemias, utilização de medicamentos contraceptivos, imunossuppressores, corticoides e outras drogas que possa aumentar os valores de lipídeos em sangue (XAVIER, 2013).

5. 1 Principais manifestações clínicas

A dislipidemia não sempre tem sinais clínicos, mas na literatura se relata que pode ocorrer presença de xantomas nas pálpebras, xantomas eruptivos e tuberosos, tendíneos, estrias de cor alaranjada localizadas na palma das mãos, o arco corneano, alterações retiniana. Também se descreve que a pancreatite pode ser uma complicação das dislipidemias (IZAR,2014).

5.2 Fatores de risco associados com dislipidemias

Na literatura se relata que existem fatores de risco associados ao desenvolvimento das dislipidemias, num estudo feito no Brasil, no município de Belém, foi demonstrado que o tabagismo, a pressão arterial elevada, glicemia elevada e a obesidade tem uma estreita relação com o desenvolvimento de transtornos do metabolismo lipídico, se considerou também sua relação com o consumo de alimentos ricos em gordura animal, embutidos, frituras e ovos. Neste estudo a idade e o sexo também foram considerados fatores de risco (MIRANDA,2010).

Outros estudos também associam a prevalência de dislipidemia em crianças e adolescentes com o sobrepeso, a obesidade e prática deficiente de exercício físico e sugerem para enfrentar este problema, fazer intervenção terapêutica, mudanças de estilo de vida e controle do peso corporal (CÉZANE, 2016).

Num estudo feito por Lidia (2015) também demonstrou a relação das Hiperlipidemias com o sobrepeso e a obesidade, a relação direta que existe com a idade, sem diferença entre os sexos, não estando bem estabelecido na literatura a diferença entre gêneros. Também este estudo demonstrou o efeito positivo do consumo regular de feijão (ou seja, cinco dias o mais por semana) com a diminuição da prevalência deste transtorno lipídico.

Outro estudo feito em Ribeirão Preto concluiu a importância de políticas públicas de intervenção, encaminhadas a mudanças de estilo de vida (alimentação

saudável e prática de exercício físico) o controle da obesidade e sobrepeso para reduzir a prevalência de dislipidemia (MORAES,2013).

5.3 Abordagem diagnóstico

Para o diagnóstico das dislipidemias precisa duas dosagens do perfil lipídico completo, a coleta de sangue deve ser com um jejum de 12 a 14 horas (IZAR,2011).

5.4 Tratamento das dislipidemias

O tratamento das dislipidemias pode ser farmacológico e não farmacológico e tem como objetivo evitar as complicações. Relata-se na literatura que o tratamento deve ser baseado na estratificação de risco cardiovascular em cada indivíduo, por isso as intervenções terapêuticas podem ser mais e menos agressivas. A agressividade do tratamento deve estar presente em pessoas que apresentam doença arterial significativa ou doenças preexistentes tais como: diabetes mellitus, insuficiência renal crônica e hipercolesterolemia familiar. Os usuários que não apresentam estas situações clínicas mencionadas se recomenda o emprego de escore de risco global de framingham (BERTOLAMI, 2014).

No caso do tratamento não farmacológico é muito importante adotar uma terapia nutricional, sendo necessário a adesão ao tratamento e está indicado as mudanças de estilos de vida nestes pacientes, ou seja, alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente, suspensão do tabagismo e a diminuição do estresse. Recomenda-se também a diminuição da obesidade central (XAVIER,2013).

Se relata na literatura que a prática de exercício físico pode ajudar ao controle das dislipidemias, principalmente os exercícios aeróbicos tais como o ciclismo, as caminhadas, corridas leves (SPOSITO,2013).

Relata-se que a dieta tem que ter uma composição adequada, que seja agradável ao paladar do indivíduo, portanto a orientação nutricional é fundamental para o sucesso do tratamento (XAVIER,2013)

5.5 Tratamento farmacológico

Dentre os medicamentos utilizados estão as estatinas, e seu efeito começa após duas semanas de uso. Hoje são considerados medicamentos de primeira escolha para tratar a hipercolesterolemia isolada, estão contraindicados em pacientes com doenças hepáticas ativas ou graves. Os comprimidos sempre devem ser ingeridos após jantar (IZAR, 2011).

A Ezetimiba é outro medicamento utilizado no tratamento que inibe a absorção de colesterol intestinal, leva a uma diminuição dos níveis de colesterol hepático e a consequente redução de LDL-c. Se recomenda sua adição as estatinas quando a meta de LDL-c, não melhora só com o uso de estatinas (XAVIER, 2013).

Os sequestrantes de ácidos biliares são indicados como primeira escolha na hipercolesterolemia familiar, crianças e mulheres em idade fértil sem controle de contraceptivos e em gestantes. Recomenda-se o uso de ácido fólico de 5mg por dia, para evitar deficiências vitamínicas (IZAR,2011).

Os fibratos diminuem os níveis de triglicerídeos e das VLDL em 70%. Não devem ser utilizados em mulheres grávidas ou em aleitamento materno, também não deve ser utilizada em pacientes com alterações da função hepática e renal. Considera-se a droga de primeira escolha no tratamento das Hipertrigliceridemia endógena, disbetalipoproteinemias mistas (IZAR,2011).

O ácido nicotínico e derivados também podem ser utilizados no tratamento das dislipidemias mistas com redução do colesterol total e LDL-c, dos triglicerídeos e dos valores de VLDL, e elevação da HDL-c (IZAR,2011).

Ácidos graxos omega-3, pode ser utilizado em caso de Hipertrigliceridemia resistentes, em associação aos fibratos e estatinas (IZAR,2011).

Na diminuição isolada de HDL-c não se recomenda o uso de medicamentos e sim estimular o tratamento não farmacológico (SANTOS, 1999).

Nos pacientes idosos é frequente o diagnóstico de dislipidemias, de causa secundária, nestes casos as bases do tratamento não farmacológico são as mesmas que para os adultos e jovens (dieta e mudanças de estilos de vida) sempre tendo em conta os aportes calóricos e nutricionais que se precisam nesta faixa etária. Se após 90 dias de tratamento não temos resposta ao tratamento não farmacológico, se deve iniciar o tratamento com fármacos a doses baixas e se for necessário aumentar progressivamente a dose e ter em conta nestas idades a relação custo-benefício, avaliar as condições sócio-econômicas do indivíduo que possibilitem manter o tratamento a longo prazo (XAVIER, 2013).

Em crianças e adolescentes: aos 2 anos de idade recomenda-se iniciar terapêutica não farmacológica (dieta e mudanças de estilo de vida) e o controle de fatores de risco se tiveram, e o tratamento farmacológico se recomenda se for necessário após 10 anos de idade, avaliando também os estilos de vida, as necessidades energéticas e de vitaminas de acordo a idade e muito importante o acompanhamento pela pediatra e nutricionista (XAVIER, 2013).

Nos casos de dislipidemias mistas se recomenda a associação de medicamentos, sempre tendo em conta a experiência do médico e em casos de resistência ao tratamento se justifica o encaminhamento do paciente para centros especializados (XAVIER, 2013).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Depois de analisados os dados da situação de saúde da área de abrangência pela equipe da UBS de Torneiro, fizemos a identificação dos problemas e estabelecimento de prioridades.

Para a identificação dos principais problemas foi utilizado o método de estimativa rápida. Os dados foram coletados pela equipe da UBS de Torneiro, com a participação das agentes comunitárias de saúde, por meio da revisão de registros escritos.

Uma vez que foi feita o trabalho de grupo com a equipe de saúde, de Torneiro, foram aplicados os métodos para a priorização dos problemas, sendo os principais problemas por ordem de prioridade apresentados no quadro 3.

Quadro 3- Estabelecimento de prioridades para os problemas de saúde

Principais problemas	Urgência	Importância	Capacidade de executar	Prioridade
- Incidência e prevalência elevada de dislipidemia.	Alta	7	Parcial	1
- Incidência elevada de patologias crônicas descompensadas (diabetes Melitus e hipertensão arterial).	Alta	6	Parcial	2
-Alto consumo de psicotrópicos.	Alta	5	Parcial	3
-Prevalência elevada de obesidade	Alta	5	Parcial	4

O problema de incidência e prevalência elevada de dislipidemia na população foi selecionado como prioridade 1(um) por nossa equipe.

Para a explicação do problema de incidência e prevalência elevada de dislipidemia fizemos análises dos seguintes fatores:

-Baixo nível cultural: em nossa população predomina um baixo nível cultural, eles têm como primeira escolha o trabalho para a manutenção da família, isto se reflete em nossa população pelo desconhecimento de hábitos de vida saudáveis.

-Nível socioeconômico: muitas vezes a população não tem condição econômica para a compra de alimentos saudáveis.

-Promoção de saúde: nossa equipe faz ações de promoção de saúde com a população, embora ainda as ações são insuficientes pois não existe um trabalho planejado e direcionado para oferecer promoção de estilos vida saudáveis com a população, não se tem em conta os conhecimentos que tem os usuários e os que precisam.

-Hábitos e estilo de vida: existe predomínio em nossa população do sedentarismo, hábito de fumar, hábitos alimentares não saudáveis.

A equipe levantou os “nós críticos” do problema: incidência e prevalência elevada de dislipidemia.

- Insuficientes ações de promoção de saúde pela equipe.
- Baixo Nível de informação dos usuários.
- Hábitos e estilo de vida inadequados.

Quadro 4-Desenho de operações para os nós críticos.

Nó crítico	Projeto/ Operação	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Insuficientes ações de promoção de saúde pela equipe.	Promoção de saúde Aumentar as ações de promoção de saúde pela equipe.	Contribuir para a promoção de saúde e produção do cuidado e de estilos de vida saudáveis da população.	Criação de grupo de educação em saúde na U.B.S.	<u>Organizacional:</u> organização da agenda de trabalho. <u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre as ações de promoção de saúde planejadas. <u>Político:</u> mobilização social. <u>Financeiro:</u> recursos audiovisuais.
Baixo nível de informação dos usuários sobre dislipidemias.	Conhecer mais Aumentar o nível de informação dos usuários sobre dislipidemias.	Usuários mais informados sobre dislipidemias	Instrução dos usuários na sala de espera da unidade sobre o tema. Criação de um Programa educativo na rádio e TV local sobre o tema. Produção de cartazes.	<u>Organizacional:</u> organização da agenda. <u>Cognitivo:</u> conhecimentos sobre as estratégias de capacitação dos usuários. <u>Político:</u> Mobilização social e intersetorial. <u>Financeiros:</u> Folhetos educativos.
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Vida saudável Capacitação dos usuários sobre estilos de vida saudáveis	População com melhores conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis	-Inserção de práticas corporais e exercício física na UBS. Criação do Programa do fumante. - Criação de um Programa de Instrução sobre estilo	<u>Organizacional:</u> para a prática de exercícios. <u>Cognitivo:</u> informação de estratégias de capacitação.

			de vida saudável.	<u>Político:</u> conseguir locais, mobilização social e intersetorial. <u>Financeiro:</u> recursos audiovisuais, folhetos educativos.
--	--	--	-------------------	--

Quadro 5- Identificação dos recursos críticos.

Operação	Recursos críticos
Aumentar o número de ações de promoção de saúde pela equipe.	<u>Político</u> : mobilização social. <u>Financeiro</u> : recursos audiovisuais, materiais didáticos, educativos, material docente e de oficina.
Aumentar o nível de informação dos usuários sobre dislipidemias.	<u>Político</u> : mobilização social e intersetorial; conseguir espaço na TV e rádio local. <u>Financeiros</u> : para folhetos educativos
Aumentar o conhecimento dos usuários sobre estilos de vida saudáveis	<u>Político</u> : conseguir locais para as capacitações, mobilização social e intersetorial; conseguir espaço na TV e rádio local. <u>Financeiro</u> : recursos audiovisuais, folhetos educativos.

Quadro 6 -Análise da Viabilidade.

Operações	Recursos Críticos	Controle dos (RC) Ator que controla	Controle dos (RC) Motivação	Ações Estratégicas
Aumentar o número de ações de promoção de saúde pela equipe.	<u>Político</u> : mobilização social. <u>Financeiro</u> : recursos audiovisuais, materiais didáticos, educativos, material docente e de oficina.	Secretário municipal de saúde	-Favorável	-Exposição do projeto na Coordenação de APS do município. -Motivação da equipe de saúde sobre a importância do projeto.
Aumentar o nível de informação dos usuários sobre dislipidemias.	<u>Político</u> : mobilização social e intersetorial; conseguir	-Setor de comunicação social. -Secretaria de Saúde.	-Favorável -Favorável	-Exposição do projeto em reuniões comunitárias, associações do

	<p>espaço na TV e rádio local.</p> <p><u>Financeiros:</u> para folhetos educativos</p>			<p>bairro, na escola (aos professores e estudantes).</p> <p>-Proposição do projeto aos gestores de saúde, educação, esporte, cultura.</p> <p>-Solicitação de apoio das nutricionistas de saúde</p>
<p>Aumentar o conhecimento dos usuários sobre estilos de vida saudáveis</p>	<p><u>Político:</u> conseguir locais para as capacitações, mobilização social e intersetorial; conseguir espaço na TV e rádio local.</p> <p><u>Financeiro:</u> recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>	<p>-Setor de comunicação social.</p> <p>-Secretaria de saúde.</p>	<p>-Favorável.</p> <p>-Favorável.</p>	<p>-Exposição do projeto aos gestores de saúde, educação, esporte, cultura.</p> <p>-Exposição do projeto em reuniões comunitárias, associações do bairro, na escola (aos professores e estudantes).</p> <p>-Solicitação de apoio das nutricionistas de saúde do município e das psicólogas.</p>

Quadro 7- Plano Operativo.

Operações	Resultado	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
Aumentar o número de ações de promoção de saúde pela equipe.	Contribuir para a promoção de saúde e produção de cuidado e estilos de vida saudáveis da população.	Criação de grupo de educação em saúde na U.B.S.	-Exposição do projeto na coordenação de APS do município. -Motivação da equipe de saúde sobre a importância do projeto.	Equipe de saúde em geral.	Dois meses para o início das ações e dois para seu fim.
Aumentar o nível de informação dos usuários sobre dislipidemia.	Usuários mais informados sobre dislipidemia.	Instrução dos usuários na sala de espera da unidade sobre o tema. Criação de um Programa educativo na rádio e TV local sobre o tema. Produção de cartazes.	-Exposição do projeto em reuniões comunitárias, associações do bairro, na escola (aos professores e estudantes). -Proposição do projeto aos gestores de saúde, educação, esporte, cultura. -Solicitação de	Enfermeira Lic. e técnica. ACS. Médica do posto. Nutricionista	-Três meses para o início das ações e quatro meses para o fim. Quatro meses para o início das ações e dois para o fim.

			apoio das nutricionistas de saúde.		
Aumentar o conhecimento dos usuários sobre estilos de vida saudáveis	População com melhores conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis	-Inserção de práticas corporais e exercício física na U.B.S. -Criação do Programa do fumante. - Criação de um Programa de Instrução sobre estilo de vida saudável.	-Exposição do projeto aos gestores de saúde, educação, esporte, cultura. -Exposição do projeto em reuniões comunitárias, associações do bairro, na escola (aos professores e estudantes). -Solicitação de apoio das nutricionistas de saúde do município e das psicólogas.	-Enfermeira Lic. e técnica Médica do posto ACS Professor de esporte Nutricionista Psicóloga	-Três meses para o início das ações e em quatro meses o fim. Quatro meses para o início e quatro para o fim. Quatro meses para o início e dois para seu fim

Quadro 8- Gestão do plano.

Operação	Aumentar o número de ações de promoção de saúde pela equipe.				
Coordenação	Enfermeira licenciada				
<u>Produto</u>	<u>Responsável</u>	<u>Prazo</u>	<u>Situação</u> <u>atual</u>	<u>Justificativa</u>	<u>Novo prazo</u>
Criação de grupo de educação em saúde na U.B.S.	Equipe de saúde em geral.	Dois meses	Executando		

Operação	Aumentar o nível de informação dos usuários sobre dislipidemias.				
Coordenação	Médica				
<u>Produto</u>	<u>Responsável</u>	<u>Prazo</u>	<u>Situação</u> <u>atual</u>	<u>Justificativa</u>	<u>Novo prazo</u>
-Instrução dos usuários na sala de espera da unidade sobre o tema.	-Enfermeira Lic. e técnica. -ACS. -Médica do posto. Nutricionista	-Quatro meses	Executando		
- Criação de um programa educativo na rádio e TV local sobre o tema.		-Quatro Meses	Executando		
-Produção de cartazes.		-Dois meses	Executando		

Operação	Capacitação dos usuários sobre estilos de vida saudáveis				
Coordenação	-Enfermeira Lic. e Médica				
<u>Produto</u>	<u>Responsável</u>	<u>Prazo</u>	<u>Situação</u>	<u>Justificativa</u>	<u>Novo prazo</u>
-Inserção de práticas corporais e exercício físico na U.B.S.	-Enfermeira Lic. e Médica do posto ACS	-Quatro meses	<u>atual</u> Executando		
-Criação do Programa do fumante.	Professor de esporte Nutricionista	-Quatro Meses	Executando		
- Criação de um Programa de Instrução sobre estilo de vida saudável.	Psicóloga	-Dois meses	Executando		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste plano de ação, a equipe de saúde da UBS de Torneiros, tem em suas mãos uma ferramenta de trabalho importante, que possibilitará o desenvolvimento da equipe e uma abordagem mais eficiente para este importante problema de saúde.

Este plano de ação teve como principais ações a modificação de estilos de vida da população da área de abrangência, aumentar o nível de informação dos usuários sobre dislipidemias e dar uma melhor assistência para os que apresentam este diagnóstico.

Como resultado, espera-se a redução desta problemática, evitando suas complicações e melhorando a qualidade de vida destes usuários. É importante ressaltar que a prática diária na UBS possibilita uma visão mais apurada sobre as necessidades da comunidade, potencializando o desenvolvimento da equipe em planejar ações de saúde de forma contínua e dinâmica, enfrentando assim, os principais problemas de saúde que afetam a população. Além disso, é esperado que aumente significativamente as ações de promoção e prevenção em saúde, ao invés de desenvolver apenas as práticas curativas e de reabilitação. Com tudo isso, espera-se melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida desta comunidade.

REFERÊNCIAS

BEVILACQUA, M. R. *et al.* Hiperlipidemias e fatores dietéticos: estudo transversal entre nipo-brasileiros. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 547-558, Junho 2007. Disponível em.

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000400008>. > Acesso em Nov. 2015

BERTOLAMI, A.; BERTOLAMI, M. C. Dislipidemias / Dyslipidemias. **Revista Brasileira de Medicina**;71(12), dez. 2014. Disponível em

<<http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=737096&indexSearch=ID>> Acesso em 18 maio 2016

CAMPOS, F. C. C., FARIA, H. P., SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> > Acesso em: 20 de outubro de 2015.

CÉZANE, P. R.*et al.* Dislipidemia Associa-se com Falta de Aptidão e Sobrepeso-Obesidade em Crianças e Adolescentes. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.106 no. 3 São Paulo Mar. 2016 Epub Feb 16, 2016. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016000300188&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 20 maio 2016

Fernandes, R. A. Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.97 no.4 São Paulo Oct. 2011 Epub Aug 05, 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011001300007> Acesso em 16 fev.2016

IZAR, M. C de O; Fonseca, M. I. H; Fonseca, F. A H. Dislipidemias / Dyslipidemias. **Rev Bras Med**; 68(12)dez. 2011. Disponível em

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4944> Acesso em 18 maio 2016.

_____, Fonseca, M. I. H.; Fonseca, F. A. H. Dislipidemias / Dyslipidemias. **Rev Bras Med**; 71(8)ago. 2014. Disponível em

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4566> Acesso em 19 maio 2016

LÍDIA, P.P et al. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva* vol.20 n.6 Rio de Janeiro Jun. 2015. Disponível em
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601815 > Acesso em 19 maio 2016

Miranda, T. V.de et al. Análise dos fatores associados à dislipidemia / Analysis of factors associated with dyslipidemia. *Rev. para. med*; 24(3/4) jul. Dez. 2010. tab. Disponível em
<<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n3-4/a2342.pdf> > Acesso em 17 jan.2016

MORAES, S. A.; Checchio, M. V; Freitas I. C. M. Dislipidemia e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. Resultados do Projeto EPIDCV. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* vol.57 no.9 São Paulo Dec. 2013. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000900004> Acesso em 19 maio 2016

OLIVEIRA, M A C; PEREIRA I C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família, setembro 2013. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>> Acesso 14 oct.2015

PARÁ DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Dezembro de 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Pará de Minas. 2014.

SPOSITO, A. C. et al. IV Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Disponível em
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemia_s.pdf > Acesso em maio.2016.

TORNEIROS (PARA DE MINAS), 2015. Disponível em
<[https://pt.wikipedia.org/wiki/Torneiros_\(Par%C3%A1_de_Minas\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Torneiros_(Par%C3%A1_de_Minas))> Acesso on 17 oct. 2015

XAVIER, H. T. et al .V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Disponível em
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf > Acesso em 16 jan.2016.