

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

**VICTOR RAFAEL TORTOZA BALADRÓN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DAS  
DISLIPIDEMIAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DOIS DO  
MUNICÍPIO PIEDADE DOS GERAIS**

**ALFENAS - MINAS GERAIS**

**2016**

**VICTOR RAFAEL TORTOZA BALADRÓN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DAS  
DISLIPIDEMIAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DOIS DO  
MUNICÍPIO PIEDADE DOS 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.

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**ALFENAS - MINAS GERAIS**

**2016**

**VICTOR RAFAEL TORTOZA BALADRÓN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DAS  
DISLIPIDEMIAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DOIS DO  
MUNICÍPIO PIEDADE DOS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, 25 de maio de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

A meus pais:

Pelo apoio, dedicação e paciência para me guiar pelo caminho correto da vida.

A meus filhos:

Por serem as fontes que me inspiram cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as pessoas que me ajudaram para fazer desta investigação uma fonte de saúde e conhecimento para o futuro.

À OPAS que fez possível este projeto de trabalho entre nossos países e nos permitiu saldar nossa própria dívida com a humanidade.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

As dislipidemias são, dentro dos transtornos endócrinos metabólicos, um dos principais problemas de saúde hoje em dia e representam um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças crônicas tanto metabólicas como vasculares. O município de Piedade dos Gerais possui uma elevada incidência e prevalência desta doença, relacionada fundamentalmente com padrões de alimentação inadequados como, consumo de carne de porco e de boi gordurosas, consumo de leite sem processo de pasteurização e queijos elaborados nas próprias casas, alto índice de consumo de álcool e padrões de vida sedentários. Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para diminuir a incidência das dislipidemias na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família dois de Piedade dos Gerais. Foi realizada uma revisão de literatura com a finalidade de buscar as evidências já existentes sobre as abordagens de ações de controle e diminuição dos fatores de risco das dislipidemias que subsidiou a elaboração do plano de ação com atividades propostas a serem aplicadas pelos diferentes atores governamentais, religiosos, líderes das comunidades e a equipe. Espera-se que esta proposta contribua para a redução da incidência das dislipidemias na área de abrangência da equipe de saúde.

**Palavras chave:** Atenção primária à saúde. Dislipidemia. Saúde da família.

## **ABSTRACT**

The dyslipidemias are within the endocrine metabolic disorders, one of the main health problems today and represent a major risk factor for the development of chronic diseases as much as vascular metabolic. The municipality of Piedade dos Gerais has a high incidence and prevalence of this disease, related mainly to inadequate feeding patterns such as consumption of pork and fatty beef, consumption of milk without pasteurization and process cheeses produced in their own homes, high rate of alcohol consumption and patterns of sedentary life. This study aims to propose a plan of intervention to reduce the incidence of dyslipidemias in the area covered by the family health team 2 of Piedade dos Gerais. A literature review was carried out in order to get the existing evidence on the approaches of controlling and reducing the risk factors of dyslipidemias that subsidized the elaboration of action plan activities to be implemented by the various governmental actors, religious leaders and communities. It is expected that this proposal will contribute to reducing the incidence of dyslipidemias in area of the health team.

Key words: primary Attention to health. Dyslipidemia. Family health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CT	Colesterol Total
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TG	Triglicérides
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país com uma das histórias e culturas mais ricas do mundo, não somente por suas riquezas naturais, mas também pelas culturais de diversas origens: indígena, africana, espanhola, portuguesa, italiana entre outras. Cada uma com seus hábitos e costumes de vida e hoje a influencia é do mundo todo, sendo uma cultura cosmopolita. Minas Gerais é um dos estados mais influenciados por essas variedades culturais e pelas riquezas de suas terras.

Nesse contexto, está inserido Piedade dos Gerais, município do estado de Minas Gerais.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a região foi descoberta e povoada no período do Brasil Colônia, embora não se saiba exatamente a data. Francisco Sobreira e seus patrícios portugueses, acompanhados de pessoas que vieram da África, em suas andanças pelo Alto do Vale do Rio Paraopeba, fixaram residências no lugar denominado Santana do Paraopeba, hoje distrito de Belo Vale. Foram então construídas, nos arredores do povoado, capelas onde foram colocadas três imagens originadas de Portugal: duas de Santana e uma do Senhor do Bonfim; a partir dessas capelas surgiram os povoados que foram denominados com nomes dos santos de sua devoção. Assim surgiu o povoado de Nossa Senhora da Piedade dos Campos Gerais, que se tornou município em 1962.

O município Piedade dos Gerais localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte e faz parte da microrregião de Itaguara, formada por nove municípios; limita-se ao norte com Bonfim, a leste com Belo Vale, a sudeste com Jeceaba, ao sul com Desterro de Entre Rios e a sudoeste com Piracema e Crucilândia. Possui uma extensão territorial de 259,6 km<sup>2</sup>, com população estimada para 2015 de 4.927 habitantes que formam 1.641 famílias. Sua densidade demográfica municipal é de 17,9 habitantes por km<sup>2</sup>. O total da população que mora na área urbana é de 2.374, os restantes 2.523 moram nas áreas rurais distribuídos em 27 povoados; a distância desses povoados até o centro da cidade varia entre 4 a 17 km (IBGE, 2016).

Sua principal atividade econômica é agropecuária que absorve a maior parte da mão de obra efetiva do município, destacando-se a pecuária leiteira. Dentre as atividades

agrícolas, destacam-se os cultivos de milho, feijão, arroz, mandioca, batata doce, cará, pimentão, fumo, café, ameixa, manga, cana, banana, mexerica, bucha e eucalipto (PIEDADE DOS GERAIS, 2012).

O município possui uma Casa de Cultura, escolas municipais que são responsáveis pelo ensino até 4ª série e uma escola estadual responsável pelo ensino fundamental e médio. As áreas existentes de lazer estão compostas por um campo de futebol, um poliesportivo, uma quadra, um parque de exposições para realização de festas e rodeios, duas praças na cidade, duas igrejas católicas e mais cinco outros templos.

A rede municipal de saúde é composta por três Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uma unidade no centro da cidade e outras duas na zona rural e duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família foi iniciada em 2001, com uma equipe completa: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e onze agentes comunitários de saúde (ACS). Antes de 2006, existia na cidade apenas a UBS, administrada pela prefeitura Municipal; a partir de 2006 houve um crescimento da ESF, sendo implantada mais uma equipe para atendimento da área rural dispersa, onde somente uma equipe não conseguia realizar a cobertura da população adscrita; até então a saúde do município cabia apenas aos profissionais de uma equipe da ESF e algumas especialidades: pediatria, ginecologia, cardiologia que fazem atendimento semanal e quinzenal respectivamente.

Atualmente, as equipes de saúde estão formadas por médicos, enfermeiras, técnicas em enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, além disso, tem uma sala de reabilitação.

A Equipe de Saúde da Família dois do município Piedade dos Gerais conta, em sua área de abrangência, com uma população de 4.563 pessoas.

A tabela 1, a seguir, mostra a distribuição dessa população cadastrada segundo faixa etária e o sexo.

Tabela 1 - População cadastrada segundo faixa etária e o sexo no município de Piedade dos Gerais - 2014

Sexo	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masc.	12	99	59	95	181	186	626	344	313	424	2339
Fem.	08	73	48	85	162	180	619	336	283	430	2224
Total	20	172	107	180	343	366	1245	680	596	854	4563

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 2, temos uma população que mora na área urbana de 2.374 pessoas, e 2.523 moram nas áreas rurais distribuídas em 27 povoados; a distância desses povoados até o centro da cidade varia entre 4 a 17 km. 92,16 % das crianças de 7 a 14 anos estão matriculadas nas escolas e 90,64 % da população maior de 15 anos estão alfabetizadas. Os principais postos de trabalho estão relacionados à agricultura e com mais força na pecuária; outros empregos estão relacionados com o comércio, os serviços e uma minoria com atividades de construção (PIEDADE DOS GERAIS, 2012).

No município as principais causas de morte são: doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, doenças infecciosas, outras complicações de doenças crônicas e acidentes (SECRETARIA DE SAÚDE, 2014).

Os principais problemas de saúde da população do município são: alto índice de consumo de psicofármacos, alta incidência e prevalência de dislipidemias, alta incidência e prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), alta incidência e prevalência de Diabetes *Mellitus*, alta incidência e prevalência de cardiopatias isquêmicas, alta prevalência de doenças do sistema músculo esquelético, alta incidência de parasitismo intestinal.

Dentre os principais problemas a equipe de saúde para intervenção selecionou como prioritário a alta incidência e prevalência de dislipidemias.

## 2 JUSTIFICATIVA

A dislipidemia é evitável em mais dos 90 % dos pacientes por ter uma causa secundária (hábitos e estilos de vida, ou doenças endócrinas metabólicas) e controlável em 100% dos pacientes independentemente se a causa seja secundária ou primária (genética). Por outro lado, “é sabido que as dislipidemias, na maioria das vezes, não provocam sintomas, e os indivíduos portadores deste distúrbio metabólico acabam não procurando o SUS com esta finalidade específica” (CARDOSO *et al.*, 2011, p.428).

Neste sentido, a hiperlipidemia não diagnosticada ou com controle inadequado pode levar a danos diretos e indiretos como: absenteísmo ou desemprego, incapacidade física, custos para o sistema de saúde e aposentadoria precoce, provocando impactos sociais e econômicos (CARDOSO *et al.*, 2011).

Após a confecção do diagnóstico de saúde de nosso município, foram discutidos os principais problemas de saúde de nossa população evidenciando-se as dislipidemias como segundo problema de saúde, precedido apenas pelo o consumo de psicofármacos. Foram discutidas também as principais causas de morte: doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, doenças infecciosas, outras complicações de doenças crônicas e acidentes, mencionadas segundo a ordem de frequência. Pôde-se evidenciar a relação direta das dislipidemias com as segundas, terceiras e quinta causa de morte em nosso município.

É por isso que nos motivamos para elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência das dislipidemias na área de abrangência da equipe dois que atende as pessoas na área rural do município. A importância deste trabalho consiste em melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde na atenção a pacientes de risco, podendo contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida.

### **3 OBJETIVO**

Propor um projeto de intervenção para diminuir a incidência das dislipidemias na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família dois do município Piedade dos Gerais - Minas Gerais.

#### 4 METODOLOGIA

O presente trabalho é um projeto de intervenção voltado para diminuir a incidência das dislipidemias na população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família dois da Unidade Básica de Saúde José de Ávila e Silva, localizada no município Piedade dos Gerais.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela unidade, foram planejadas intervenções que buscam garantir a melhoria no atendimento, segundo o protocolo de atenção à família e o controle dos fatores de risco cardiovasculares.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em bases de dados como: Biblioteca Virtual de Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre outros Cursos de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, dados do Ministério de Saúde e arquivos da própria unidade de saúde.

Os descritores utilizados para a busca bibliográfica foram: Atenção Primária à Saúde, Dislipidemia, Saúde da família.

Na elaboração do plano de ação foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Assim organizou-se uma proposta de ação específica para modificar hábitos e estilos de vida na população do município, que é o objetivo da atenção básica, e que as Equipes de Saúde da Família devem considerar.

O plano será desenvolvido com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, agentes comunitários de saúde (ACS) em parceria com a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação do município e a própria comunidade.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A dislipidemia, segundo Cardoso *et al.* (2011, p.419), consiste em “modificações nos níveis lipídicos na circulação, caracterizando qualquer alteração envolvendo o metabolismo lipídico”.

A dislipidemia caracteriza-se, portanto, pela presença no sangue de níveis elevados de lipídios como, colesterol e triglicérides; elementos esses que são importantes para o funcionamento do organismo, mas que em excesso podem deixar as pessoas em alto risco de sofrer doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016; SANTOS *et al.*, 2013).

Estudos têm mostrado que as placas de gordura nas artérias (ateroma) começam muito cedo; parte significativa da população é sedentária e utiliza alimentação abundante em lipídeos e carboidaratos o que contribui para o aumento de risco para as doenças cardiovasculares, sendo que infarto e derrame são as maiores causas de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016; SANTOS *et al.*, 2013).

Neste sentido, Santos *et al.* (2013, p.4) enfatizam que o ateroma na parede dos vasos sanguíneos e suas consequências clínicas como, o infarto do miocárdio e o acidente vascular encefálico (AVE), associam-se com outros “fatores de risco cardiovascular, como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diminuição do HDL-c, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade”.

Flauzino *et al.* (2014), em estudo de revisão da literatura, reforçam que as dislipidemias são consideradas os fatores de risco mais importantes para a aterosclerose e doenças cardiovasculares. As alterações lipídicas, segundo Bonfim *et al.* (2015, p.324), “são responsáveis por 56% das doenças cardíacas e 18% dos casos de infarto, sendo ainda associadas a um terço dos casos de mortalidade no mundo”.

Cardoso *et al.* (2011, p.421) consideram as dislipidemias como problema social devido a:

[...] sua mortalidade devido à elevada prevalência; mortalidade decorrente de suas complicações como causas básicas ou associadas; custos diretos com morbidade como internações, demanda ambulatorial e custos globais com tratamento, controle e reabilitação; custos sociais: taxa de absenteísmo ao trabalho, benefícios sociais (auxílio-doença, pensões e aposentadoria por doença) e anos de vida produtiva perdidos; e por fim, as repercussões sociais como qualidade de vida de pacientes e famílias, além de afetar a produtividade e o crescimento econômico do país.

Etiologicamente as dislipidemias são classificadas em primárias e secundárias. As dislipidemias primárias são de causa genética. As secundárias podem ser provenientes de outras doenças, estilos de vida, medicamentos, entre outros e podem explicar a larga maioria das situações, especialmente nos adultos, embora seja necessário ressaltar a importante interação de fatores ambientais com fatores genéticos e familiares (CARDOSO *et al.*, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

As dislipidemias primárias ou sem causa aparente podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente por meio de análises bioquímicas. Na classificação genotípica, as dislipidemias 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013, p.5).

A classificação fenotípica ou bioquímica engloba quatro tipos principais bem definidos considerando os valores de CT, LDL-C, TG e HDL-C: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Um aspecto importante a destacar é que a associação de fatores genéticos e ambientais favorece o desenvolvimento e curso clínico do acidente vascular encefálico (FLAUZINO *et al.*, 2014).

Hoje em dia a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), com o fim de estabelecer uma avaliação do risco cardiovascular, considera como valores normais das concentrações de lipídios em sangue para adultos maiores de 20 anos os propostos pela Associação Americana do Coração no ano 2007, apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Metas de controle do colesterol para adultos

Colesterol Total	LDL	HDL	Triglicerídeos
Valores menores que 200 mg/dL são desejáveis.	70 mg/dL é considerada uma importante meta para pacientes de alto risco (que sofreram um ataque do coração recente; doença cardiovascular ativa; ou os que têm múltiplos fatores de risco para doenças cardiovasculares).	Níveis acima de 40 mg/dL são desejáveis; níveis acima de 60 mg/dL são ótimos.	Abaixo de 150 mg/dL é normal.
200 e 239 é o limite.	Abaixo de 100 mg/dL é o ideal para todas as pessoas.		150 - 199 é o limite.
mais do que 240 é considerado alto.	130 mg/dL ou menos é o indicado para pessoas com dois ou mais fatores de risco.		200 - 499 é alto.
	160 mg/dL ou menos para pessoas com poucos risco (um ou nenhum fator de risco).		Acima de 500 é muito alto.
	Qualquer valor acima de 160mg/dL é considerado alto, com níveis acima de 190 são considerados muito altos. Níveis acima de 190 requerem medicação mesmo com nenhum outro fator de risco cardíaco presente.		

\*Fatores de risco para doenças de coração incluem histórico familiar de problemas cardíacos precoces (antes dos 55 anos para homens e antes dos 65 anos para mulheres), fumar, pressão alta, diabetes, ter mais de 45 anos para homens e 55 para mulheres; e ter níveis de HDL abaixo de 35mg/dL. Pessoas com dois ou mais destes fatores de risco tem mais de 20% de chance de ter um ataque do coração em 10 anos do que outras pessoas, por isso deverão manter o nível de LDL no sangue abaixo de 100mg/dL.

Fonte: Associação Americana do Coração (2007) *apud* Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013).

Sabe-se que as dislipidemias, geralmente, não manifestam sintomas, o que contribui para que e as pessoas com esse tipo de distúrbio metabólico não procurem os serviços de saúde com esta finalidade específica. Entretanto, um número significativo de pessoas apresenta manifestações clínicas causadas pelo desenvolvimento de aterosclerose precoce, pancreatite que geralmente estão associadas à síndrome de quilomicronemia e à esteatose hepática não alcoólica (CARDOSO *et al.*, 2011).

Cada indivíduo apresenta fatores de risco específicos, sendo que esses vão determinar os níveis desejáveis de cada fração de colesterol (HDL e LDL), portanto, o médico irá orientar o paciente sobre o melhor perfil de colesterol e triglicérides

desejado para cada caso (INSTITUTO PROCARDIACO, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Considerando que a dislipidemia está associada a uma dieta rica em colesterol e gorduras e/ou produção de colesterol e triglicérides pelo organismo, o tratamento não medicamentoso da dislipidemia deve envolver mudanças no estilo de vida e na alimentação, redução de peso em alguns casos, prática de exercícios físicos, redução do consumo de bebida alcoólica e evitar o tabagismo. Quanto à alimentação, devem-se utilizar alimentos com baixo teor de gordura e reduzir a ingestão de carboidratos (INSTITUTO PROCARDIACO, 2009).

Para Schuster, Oliveira e Bosco (2015, p.5), a intervenção nutricional tem um papel fundamental na prevenção e no tratamento da dislipidemia por meio de um plano alimentar individualizado. Recomenda-se uma alimentação rica em “antioxidantes, incluindo frutas e verduras, bem como alimentos ricos em gorduras insaturadas, proteínas, sobretudo de fontes vegetais ou animais magros, ingestão equilibrada de carboidratos complexos e baixa ingestão de gordura saturada e trans”.

Nesse sentido, de acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da aterosclerose, deve-se sempre adotar a terapia nutricional. Entretanto, o sucesso do tratamento é variável, pois vai depender da “adesão à dieta, às correções no estilo de vida - perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo - e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013, p.9).

É importante que o plano alimentar contemple os contextos culturais, regionais, sociais e econômicas do paciente, orientando-o quanto à seleção dos alimentos, à quantidade, ao modo de prepara-los e substitui-los (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Em alguns casos, o uso de medicamentos torna-se necessário, sendo que “a escolha da classe terapêutica está condicionada ao tipo de dislipidemia presente” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p.12).

Finalizando, Cavalcante Neto *et al.* (2012, p.1433) mencionam algumas atividades preventivas e de educação para se trabalhar em relação às dislipidemias na atenção básica à saúde:

- Orientação sobre uma alimentação saudável e atividade física regular;
- Orientação de mudanças de hábitos para hipertensos e diabéticos;
- Educação permanente para os ACS para que possam fazer as orientações adequadas e identificar pessoas na comunidade com fatores de risco;
- Fazer um planejamento junto à equipe para rastreamento populacional de dislipidemias.

## **6 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O projeto de intervenção foi elaborado de acordo com os passos: definição dos problemas, priorização de problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **Definição dos problemas**

A equipe de saúde identificou em sua área de abrangência os principais problemas de saúde:

- Alto índice de consumo de psicofármacos;
- Alta incidência e prevalência de dislipidemias;
- Alta incidência e prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Alta incidência e prevalência de Diabetes *Mellitus*;
- Alta incidência e prevalência de cardiopatias isquêmicas;
- Alta prevalência de doenças do sistema músculo esquelético;
- Alta incidência de parasitismo intestinal.

### **Priorização de problemas**

Após a análise dos problemas identificados, de acordo com a magnitude do problema, urgência e capacidade de intervenção da equipe de saúde, o problema selecionado foi a alta incidência e prevalência de dislipidemias.

### **Descrição do problema selecionado**

Nossa área de abrangência envolve a população da área rural do município, com estilos de vida como prática de exercícios físicos e alimentação, baseados no trabalho agrícola e na cultura e padrões de alimentação estabelecidos de geração

em geração. Assim o alto consumo de gorduras saturadas utilizadas na elaboração de alimentos e no consumo direto em carnes de porco e outras carnes, o alto consumo de álcool e um padrão de atividade física não sistemática, são as principais conseqüências da alta incidência e prevalência deste problema de saúde que afeta 436 pessoas, ou seja, 17,3 % de nossa população incluindo menores de 15 anos, a maioria delas com problemas de saúde cardiovasculares e/ou endócrinos associados.

### **Explicação do problema**

O desenvolvimento das dislipidemias secundárias geralmente está associado a fatores de risco modificáveis como, hábitos e estilos de vida inadequados, destacando-se o sedentarismo e a alimentação inadequada com ingestão excessiva de gorduras, principalmente as saturadas.

Estas circunstâncias estão também subjacentes ao desenvolvimento de obesidade e de diabetes mellitus, esta última, outra causa, cada vez mais importante, de dislipidemia. A nutrição hipercalórica, a ingestão excessiva de álcool, a utilização de alguns medicamentos, como corticoides, ou alguns hormônios e outras doenças, como por exemplo, do rim, do fígado ou da tireoide, podem também favorecer o aparecimento de dislipidemias (BASTO, 2009, sp).

### **Seleção dos “nós críticos”**

Após a análise do problema selecionado, foram identificados os principais “nós críticos”:

- Pouco conhecimento de hábitos dietéticos balanceados.
- Cultura baseada em padrões de alimentação familiares e das comunidades onde moram.
- Pouco acesso a atividades esportivas (áreas esportivas, academias).
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.

Depois de explicado o problema e identificadas às causas consideradas as mais importantes, “é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

Para o desenvolvimento das ações de intervenção pode-se utilizar várias abordagens, como por exemplo:

- Definir uma agenda específica para avaliação de pacientes com risco de apresentar dislipidemias e identificar as pessoas da comunidade que apresentam essa doença;
- Incluir os pacientes com risco nos grupos operativos de trabalho em conjunto com fisioterapeutas e nutricionista, explicando as causas e consequências deste transtorno metabólico e ensinando os bons hábitos de alimentação.
- Propor um levantamento dos pacientes maiores de 15 anos fumadores e/o com história familiar de primeira ordem de dislipidemias, HAS, cardiopatias isquêmicas, diabetes mellitus e acidente vascular encefálico (AVE).
- Propor um trabalho conjunto com os professores e estudantes das escolas da área de abrangência da equipe para fomentar uma cultura de alimentação saudável e avaliar a influência em suas famílias, promovendo a educação em saúde da própria comunidade.

### **Sexto passo: desenho das operações**

Quanto ao desenho das operações, objetiva-se aumentar o nível de informações das pessoas sobre as dislipidemias e os bons hábitos de alimentação, por meio de abordagem individual e em grupos operativos. Serão utilizadas também estratégias de comunicação para que se consiga a mobilização dos participantes.

Serão estabelecidas parcerias entre a Unidade Básica de Saúde e as secretarias municipais de comunicação social, de saúde e de educação como estratégia para viabilizar o projeto, garantindo a distribuição dos recursos materiais e financeiros

necessários e espaços apropriados para desenvolver as atividades de educação em saúde.

É preciso manter contato direto com o laboratório municipal para garantir a realização dos exames indicados e obter uma retroalimentação dos casos que resultem positivos.

Objetiva-se também melhorar a forma de abordagem dessa população pelo profissional que faz o acolhimento, respeitando a privacidade do paciente, as crenças e costumes. É muito importante que o profissional aproveite esse primeiro contato para criar confiança e explicar a importância da prevenção desta doença (BRASIL, 2013).

As operações estão desenhadas no quadro 2.

Quadro 2 - Desenho das operações para enfrentamento dos “nós críticos” do problema “alta incidência e prevalência de dislipidemias”

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>	<b>Responsáveis</b>
Pouco conhecimento de hábitos dietéticos balanceados.	<b>Vida Saudavel</b> Melhorar o nível de informação da população sobre os bons hábitos de alimentação.	População mais informada sobre os bons hábitos de alimentação	Avaliação positiva do nível de informação da população sobre os bons hábitos de alimentação. Capacitação dos ACS Capacitação dos auxiliares de enfermagem	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: Organização da agenda. Material: teórico. Político: Articulação dos setores (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Todos os membros da equipe, cada um com a particularidade de sua profissão. NASF
Cultura baseada em padrões de alimentação familiares e das comunidades onde moram.	<b>Preparação dos alimentos</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as formas em que devem ser elaborados e consumidos os alimentos	População mais informada sobre as formas em que devem ser elaborados e consumidos os alimentos	Avaliação do nível de informação da população das formas de alimentação baseado no aumento de conhecimento. Capacitação dos ACS	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: Organização da agenda; Material: Teórico Político: Articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Dr. Victor Enfermeira Maria das Graças NASF
Pouco acesso a atividades esportivas (áreas esportivas, academias).	<b>Atividades físicas</b> Estimular as pessoas para a prática de atividades físicas. Pleitear o incremento de áreas esportivas e de recreação nas zonas rurais do município.	Garantia de construção de áreas esportivas e de recreação nas zonas rurais do município. Maior participação das pessoas nas atividades físicas.	Construção de áreas para a prática de exercícios físicos e recreação da população	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para construir as estruturas  Financeiros: Aumento do pressuposto destinado a obras públicas Cognitivo: Elaboração do projeto de construção.	Secretario de saúde Equipe de saúde. NASF
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema	<b>Processo de trabalho</b> Programar uma linha de trabalho segundo protocolo para atendimento a pacientes de risco. Capacitar a equipe.	Cobertura de 100% da população maior de 15 anos que mora nas zonas rurais por profissionais capacitados	Aumento da cobertura de pacientes maiores de 15 anos com fatores de risco	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: Adesão de fluxos	EBS

## Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Quadro 3 - Recursos Críticos

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Vida Saudavel Educação sobre a importância dos padrões saudáveis de alimentação	Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: conseguir o espaço ou local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Preparação dos alimentos</b> Aumento do nível de informação da população sobre as formas em que devem ser elaborados e consumidos os alimentos	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, apoio nas condições para cumprir o objetivo. Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial. Financeiro: para aquisição de recursos folhetos educativa, etc.
<b>Atividades físicas</b> Pleitear o incremento de áreas esportivas e de recreação nas zonas rurais do município.	Cognitivo: conhecimento sobre a localização dos terrenos com condições adequadas para realizar as atividades Político: conseguir o apoio da prefeitura, mobilização social e articulação intersetorial para acondicionamento dos locais. Financeiro: para aquisição dos terrenos e materiais para o acondicionamento dos mesmos.
<b>Processo de trabalho</b> Programar uma linha de trabalho segundo protocolo para atendimento a pacientes de risco. Propor o calendario das reuniões o tempo certo para o acompanhamento.	Cognitivo: Capacitação nos temas necessarios para bom atendimento do usuário Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais, decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)

## Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 4 busca descrever as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas.

Quadro 4 - Análise de viabilidade

<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
<b>Vida Saudavel</b> Educação sobre a importância dos padrões alimentares saudáveis	Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: conseguir o espaço ou local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Programa de ensino para equipe toda sobre os temas
<b>Preparando os alimentos</b> Educação sobre a importância dos padrões alimentares saudáveis	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, apoio nas condições para cumprir o objetivo. Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial Financeiro: para aquisição de recursos folhetos educativa, etc.	Secretário de Saúde  Educação, Cultura.	Favorável	Apoio dos envolvidos.
<b>Atividades físicas</b> Estimular as pessoas para a prática de atividades físicas. Pleitear o incremento de áreas esportivas e de recreação nas zonas rurais do município.	Cognitivo: conhecimento sobre a localização dos terrenos com condições adequadas para realizar as atividades. Político: conseguir o apoio da prefeitura, mobilização social e articulação intersetorial para acondicionamento dos locais. Financeiro: para aquisição dos terrenos e materiais para o acondicionamento dos mesmos.	Secretario de Saúde  Educação, Cultura e eportes	Favorável	Apoio dos envolvidos
<b>Processo de trabalho</b> Programar uma linha de trabalho segundo protocolo para atendimento a pacientes de risco. Capacitar a equipe.	Cognitivo-Capacitação nos temas necessários para bom atendimento do usuário Político- articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais, decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros → recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)	Secretaria de Educação	Favorável	Apresentar o Projeto Apoio da equipe multidisciplinar

Fonte: Autoria Própria (2016)

**Nono passo: elaboração do plano operativo**

Após a explicação do problema e a identificação de suas causas consideradas mais importantes, foram elaboradas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, construindo a elaboração do plano operativo, conforme o quadro 5, a seguir.

Quadro 5 – Plano operativo

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Vida Saudavel</b> Educação sobre a importância dos padrões saudáveis de alimentação	População mais informada sobre os bons hábitos de alimentação. Redução do número de pacientes com dislipidemias	Avaliação positiva do nível de informação da população sobre os bons hábitos de alimentação. Capacitação dos ACS Capacitação dos auxiliares de enfermagem	Palestras. Discussões informativas em grupos. Programa de ensino para equipe toda sobre os temas para poder conseguir o objetivo.	Médico e Enfermeira	3 meses
<b>Preparação dos alimentos</b> Aumento do nível de informação da população sobre as formas em que devem ser elaborados e consumidos os alimentos	População mais informada sobre as formas em que devem ser elaborados e consumidos os alimentos	Avaliação do nível de informação da população das formas de alimentação baseado no aumento de conhecimento. Capacitação dos ACS	Programa de terapia nutricional e Programa de controle das Dislipidemias e prevenção das ateroscleroses. Palestras. Discussões informativas em grupos. Programa na rádio local.	Médico, Enfermeira e Nutricionista	3 meses
<b>Atividades físicas</b> Estimular as pessoas para a prática de atividades físicas. Pleitear o incremento de áreas esportivas e de recreação nas zonas rurais do município.	Garantia de construção de áreas esportivas e de recreação nas zonas rurais do município	Construção de áreas para a prática de exercícios físicos e recreação da população. Maior participação das pessoas nas atividades físicas.	Ações intersetoriais com as áreas de educação, cultura, esporte. Manter o funcionamento das atividades massivas do Programa de Fisioterapia. Reuniões com líderes das comunidades. Reuniões com a Câmara municipal e o Prefeito Municipal.	Médico, Enfermeira, Fisioterapeuta, Representantes da educação, cultura e esporte. Secretário de Saúde.	5 meses
<b>Processo de trabalho</b> Programar uma linha de trabalho segundo protocolo para atendimento a pacientes de risco. Capacitar a equipe.	Cobertura de 100% da população maior de 15 anos que mora nas zonas rurais por profissionais capacitados	Aumento da cobertura de pacientes maiores de 15 anos com fatores de risco	Propor o calendário para os acompanhamentos. Planejar as consultas e visitas domiciliares. Discussões informativas em grupos. Programas audio-visuais.	Secretário de saúde Médico Enfermeiro	1 ano

Fonte: Autoria Própria (2016)

### Décimo passo: Gestão do plano

A gestão do plano de ação e seu acompanhamento estão apresentados nos quadros 6, 7, 8 e 9.

Quadro 6 - Acompanhamento da operação **Vida Saudável**

Coordenação: Médico, Enfermeira e Nutricionista					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação positiva do nível de informação da população sobre os bons hábitos de alimentação.	Médico, enfermeira e Nutricionista	03 meses	Programa a ser implantado	Disponibilidade dos usuários para capacitação e cuidado	03 meses
Capacitação dos ACS Capacitação dos auxiliares de enfermagem	Médico, enfermeira e Nutricionista				
Avaliação do nível de informação da população das formas de alimentação baseado no aumento de conhecimento. Capacitação dos ACS	Médico, enfermeira e Nutricionista	03 meses	A ser definido	Formato e duração do programa definidos; Conteúdo definidos; Falta definição de horário pela emissora Local.	03 meses

Quadro 7 - Acompanhamento da operação **Atividades Físicas**

Coordenação: Intersectorial					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Construção de áreas para a prática de exercícios físicos e recreação da população.	Representantes das áreas de educação, cultura, esporte, Secretario de Saúde.	05 meses	Projeto ainda em discussão com o setor.	Disponibilidade das Áreas	05 meses
Maior participação das pessoas nas atividades físicas.	Médico, Enfermeira e Fisioterapeuta				

Quadro 8 - Acompanhamento da operação **Processo de Trabalho**

Coordenação: equipe de saúde					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumento da cobertura de pacientes maiores de 15 anos com fatores de risco	Secretário de saúde Médico Enfermeiro	03 anos	Projeção de início das visitas para o mês seguinte	Formato e duração do programa definidos.  Conteúdos definidos	01 ano

Quadro 9 - Acompanhamento da operação **Preparação dos alimentos**

Coordenação: equipe de saúde					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumento do nível de informação da população sobre as formas em que devem ser elaborados e consumidos os alimentos	Enfermeira e nutricionista	04 meses	Programa a ser implantado	Disponibilidade dos usuários para capacitação e cuidado	03 meses

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam o trabalho da equipe de saúde, porém, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e com mais possibilidades de sucesso. O projeto já foi discutido na reunião de equipe com todos os profissionais que vão a participar. Encontra-se agora em organização das atividades propostas tendo em conta os recursos necessários para o desenvolvimento do mesmo.

Com o desenvolvimento desse trabalho, pretende-se desenvolver a educação em saúde com a população que procura atendimento na UBS. Dessa forma, espera-se que a comunidade conheça a importância da prevenção das dislipidemias, contribuindo para a diminuição das complicações que esses transtornos metabólicos produzem, diminuindo o custo econômico com medicamentos e obtendo uma transformação e diminuição das causas de mortes do município.

Espera-se, portanto que o número de pessoas com dislipidemias na área de abrangência da equipe seja reduzido e que melhore a qualidade de vida da população, diminuindo desta forma a incidência de doenças crônicas associadas.

## REFERÊNCIAS

- BASTO, F. **Dislipidemia**. 2009. Disponível em: <http://www.alert-online.com/br/medical-guide/dislipidemia>
- BONFIM, M. R.; OLIVIERIA, A. S. B.; AMARAL, S. L.; MONTEIRO, H. L.. Tratamento das Dislipidemias com Estatinas e Exercícios Físicos: Evidências Recentes das Respostas Musculares. **Arq Bras Cardiol.**, v.104, n.4, p.324-331, 2015.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.
- CARDOSO, A. P. Z.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M.; SOUZA, L.; CWSARINO, E. J.. Aspectos clínicos e socioeconômicos das dislipidemias em portadores de doenças cardiovasculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.417-436, 2011.
- CAVALCANTE NETO, P. G.; RIBEIRO, M. T. A. M; FIUZA, T. M.; MORENEGRO JUNIOR, R.. Dislipidemias. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.) **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v.2, p p.1428-1434. Disponível em: < <https://books.google.com.br> > Acesso em: 02 mai. 2016.
- FLAUZINO, T.; ALFIERI, D. F.; KALLAUR, A. P.; ALMEIDA, E. R. D.; REICHE, E. M. V.. Polimorfismos genéticos associados ao metabolismo lipídico envolvidos na fisiopatologia do acidente vascular encefálico isquêmico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 163-180, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2016. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=315040&search=|piedade-dos-gerais> >. Acesso em: 03 fev. 2016.
- INSTITUTO PROCARDIACO. **Dislipidemia – Colesterol e Triglicérides**. 2009. Disponível em: <<http://www.institutoprocadiaco.com/#!dicas-gerais/uqiw>> Acesso em: 30 abr. 2016
- PIEIDADE DOS GERAIS. Prefeitura Municipal de Piedade dos Gerais. **Economia**. 2012. Disponível em: <[www.piedadedosgerais.mg.gov.br](http://www.piedadedosgerais.mg.gov.br)>Acesso em: 03 fev, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.88, supl.1, p.1-19, 2007.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq Bras Cardiol.**, v.101, n.4, supl.1, p.1-22, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Dislipidemia**. 2016. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-dislipidemia/>>

SANTOS, R. D. *et al.*. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 100, n. 1, supl. 3, p. 1-40, Jan. 2013 .

SCHUSTER, J.; OLIVEIRA, A. M.; BOSCO, S. M. D.. O papel da nutrição na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares e metabólicas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, n.28, p.1-5, 2015. Disponível em: <[www.socergs.org.br/site/\\_files/view.php/.../pasta/.../551320a74c2f6.pdf](http://www.socergs.org.br/site/_files/view.php/.../pasta/.../551320a74c2f6.pdf)> Acesso em: 28 abr. 2016.