



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Odelsys Garcia Aguilera

Acompanhamento dos pacientes com dislipidemia na
Unidade Básica de Saúde (UBS) Guarujá no município
de Cascavel - PR

Florianópolis, Março de 2016

Odelsys Garcia Aguilera

Acompanhamento dos pacientes com dislipidemia na Unidade
Básica de Saúde (UBS) Guarujá no município de Cascavel - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Franco Andrius Ache dos Santos
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Odelsys Garcia Aguilera

Acompanhamento dos pacientes com dislipidemia na Unidade
Básica de Saúde (UBS) Guarujá no município de Cascavel - PR

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Franco Andrius Ache dos Santos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Introdução: A Unidade Básica de Saúde de Guarujá no município Cascavel (PR) possui uma população de 4970 habitantes com um total de 1420 domicílios. A maior parte da população encontra trabalho na indústria, agricultura e comércio, com renda familiar média per capita de R\$ 780,00. A maioria dos domicílios é de alvenaria, com acesso a energia elétrica, e água tratada e 100% usam fossa séptica e fossa rudimentar. As Dislipidemias foi um dos principais problemas identificados pela equipe, e é uma das cinco principais causas de procura de serviços médicos na Unidade Básica de Saúde (UBS) ela esta relacionada com as situações observáveis no cotidiano com a comunidade, com a rotina da equipe e é de fácil intervenção e é uma das doenças mais comuns. Trabalharemos com as pessoas portadoras de essa doença por sua alta incidência, modificando modo e estilo de vida, para lograr controle efetivo através do tratamento, correta alimentação e pratica de exercícios físicos. **Objetivo:** O objetivo do projeto é Propor um plano de ações junto à equipe de saúde para acompanhar os pacientes com Dislipidemia na UBS Guarujá. **Metodologia:** Este trabalho será um projeto de intervenção, onde elaboraremos ações a fim de mudar hábitos e estilos de vida em pacientes com dislipidemias para evitar complicações e manter o controle dos níveis de colesterol e triglicerídios, dos lipídios em geral. O trabalho será feito na UBS de Guarujá do município Cascavel-PR, no período de Fevereiro de 2016 até Dezembro de 2016. A intervenção será realizada por meio de oficinas temáticas com os pacientes com Dislipidemia cadastrados e acompanhados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Resultados esperados:** Com este projeto de intervenção espera-se obter um melhor controle dessa patologia, evitar complicações, seqüelas e a morte. Além disso, acredita-se ser possível sensibilizar os usuários para uma mudança de hábito e estilo de vida. A mudança no estilo de vida e um tratamento disciplinado permite prevenir e retardar as complicações apresentadas nos pacientes com dislipidemia, tornando assim imprescindível. Espera-se que através das oficinas realizadas, a adesão do paciente ao tratamento e às mudanças dos hábitos e estilos de vida seja ampliada, além de assumir-se como copartícipe do seu tratamento.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Prevenção de doenças, Estilo de vida

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Os índios caingangues habitavam a região de Cascavel que teve a ocupação iniciada pelos espanhóis em 1557, quando fundaram a Ciudad del Guairá, atual Guaíra. Uma nova ocupação teve início a partir de 1730, com o tropeirismo, mas o povoamento da área do atual município começou efetivamente no final da década de 1910, por colonos caboclos e descendentes de imigrantes eslavos, no auge do ciclo da erva-mate. A cidade de Cascavel foi oficializada pela prefeitura de Foz do Iguaçu em 1936, já com a denominação de Cascavel. Entretanto, o prelado da quela cidade, monsenhor Guilherme Maria Thiletzek, rebatizou-a como Aparecida dos Portos, nome que não vingou entre a população. (CASCVEL/PR, 2015) Já no bairro de Guarujá existem movimentos sociais como Pastoral da criança, Conselho tutelar, Centro de Referência da assistência social (CRAS), Clube recreativo particular, Clube da 3ª idade, Igrejas protestantes, evangélicas e católicas. O bairro tem serviços públicos na educação, saúde e assistência social tais como 2 escolas, 3 creche, 1 ensino fundamental, 1 ensino médio, 1 UBS, 1 CRAS, 1 Conselho tutelar.

A maior parte da população encontra trabalho na indústria, agricultura e comércio, com renda familiar média per capita de R\$ 780,00. A maioria dos domicílios é de alvenaria, com acesso a energia elétrica, e água tratada e 100% usam fossa séptica e fossa rudimentar. Segundo dados do cadastro familiar e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2014 na UBS de Guarujá tínhamos o total de 4970 habitantes com 1420 domicílios. Segundo dados do cadastro familiar e do SIAB 2230 da população é masculina e 2740 da população é feminina. A população desta área é constituída por 1335 pessoas menores de 20 anos, na faixa de 20 a 59 anos têm 2820 e 815 habitantes são maiores de 60 anos. As cinco principais causas de mortes dos residentes do nosso bairro em 2014 foram Doenças do aparelho circulatório, Causas externas de morbidade e mortalidade, Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, Neoplasias (Tumores) e Doenças dos aparelhos respiratório e digestivo. As cinco principais causas de internações dos idosos de nosso bairro em 2014 foram Doenças de aparelho circulatório, Neoplasias (Tumores), Doenças do aparelho digestivo, Doenças do aparelho respiratório e Fraturas. Segundo dados dos prontuários dos pacientes as cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a minha unidade de saúde foram Hipertensão, Diabetes, Gastroduodenite, Doenças osteomioarticulares e as Dislipidemias. Temos um total de 340 adultos e idosos com Hipertensão acompanhados para uma prevalência de 6,84%. Temos um total de 154 adultos e idosos com diabetes acompanhados para uma prevalência de 3,09%. E temos um total de 123 pacientes com Hipertensão e Diabetes para uma prevalência de 2,47%. (SIAB, 2015)

As Dislipidemias foi um dos principais problemas identificados pela equipe, e é uma das cinco principais causas de procura de serviços médicos na minha Unidade Básica

de Saúde (UBS) ela esta relacionada com as situações observáveis no cotidiano com a comunidade, com a rotina da equipe e é de fácil intervenção e é uma das doenças mais comuns. Trabalharemos com as pessoas portadoras de essa doença por sua alta incidência, modificando modo e estilo de vida, para lograr controle efetivo através do tratamento, correta alimentação e pratica de exercícios físicos. O Projeto de Intervenção é importante porque as Dislipidemias são uma das doenças mais frequentes no município, no Brasil e na maioria dos países do mundo. Este tema é muito importante para mim porque vai permitir conhecer a doença mais a fundo para lograr o melhor controle, identificar os pacientes que apresentam a doença para poder mudar hábitos e estilos de vida e melhorar a qualidade de vida. Segundo estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) 40% dos brasileiros possuem colesterol alto (Dislipidemias).

Na UBS de Guarujá é uma das doenças de maior incidência e prevalência e cada ano incrementa o número de pacientes diagnosticados segundo o diagnostico situacional de saúde feito este ano. Cerca de 40% da população adulta brasileira em 2002 tinham colesterol elevado, dentre as cidades estudadas a com mais casos foi Santos (cerca de 57%) e a com menos foi Brasília (cerca de 30%). E cerca de 40% também tinham histórico de doenças do coração na família.(MARTINEZ et al., 2003). Em outro estudo brasileiro, feito em 2005 em Salvador, a prevalência de níveis muito altos de triglicerídeos em adultos (240mmol/L ou mais) foi de 27% dos homens e 30% das mulheres. Colesterol elevado foi encontrado em cerca de 30% da população (na pesquisa anterior foi de 37%).(LESSA et al., 2015). Nos EUA e México a prevalência de dislipidemia atinge cerca de 60% dos adultos. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção das Dislipidemias. Alimentação adequada, sobretudo quanto a consumo de gorduras, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser abordados e controlados. As Dislipidemias são um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de arteriosclerose, de doenças cardiovasculares que é outra doença que prevalece em nossa população, obesidade, diabetes, além de doenças cerebrovasculares e renal.

O problema escolhido para o Projeto de Intervenção é as Dislipidemias já que com este projeto podemos modificar modo e estilo de vida destes pacientes e lograr um melhor controle prevenindo as complicações, sequelas e mortes que causam, além de ajudar à diminuição da sua incidência e prevalência já que os pacientes que participaram na intervenção seriam promotores de saúde dos conhecimentos aprendidos. O projeto esta de acordo com os interesses da comunidade e da unidade da saúde já que é uma das principais doenças que apresenta nossa população com um elevado numero de pacientes e é muito oportuno neste momento porque cada dia tem mais pacientes com Dislipidemias e com doenças agravadas por o aumento do colesterol e triglicerídeos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Acompanhar os pacientes com dislipidemias na UBS Guarujá.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar todos os pacientes com dislipidemias na área de abrangência da UBS Guarujá.
- Realizar o atendimento médico de todos os pacientes com dislipidemias ao menos três vezes por ano.
- Propor juntamente com a equipe de saúde ações de promoção à saúde dos pacientes com dislipidemia.
- Modificar hábitos e estilos de vida nos pacientes com Ddslipidemias.

3 Revisão da Literatura

A Dislipidemia, (geralmente chamada por hiperlipidemia ou hiperlipoproteinemia) é um distúrbio nos níveis de lipídios e/ou lipoproteínas no sangue. Os lipídios (moléculas gordurosas) são transportados numa cápsula de proteína, e a densidade dos lipídios e o tipo de proteína determinam o destino da partícula e sua influência no metabolismo.

A dislipidemia é o aumento anormal da taxa de lipídios no sangue. Representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de lesões ateroscleróticas que podem causar a obstrução total do fluxo sanguíneo e apresenta altos índices de mortalidade. As dislipidemias podem ocorrer por causa do aumento do triglicérides (TGs) - (hipertrigliceridemia isolada), aumento do colesterol (hipercolesterolemia isolada) ou por uma combinação das duas (dislipidemia mista). Pode ainda ser causada pela redução do HDL ou aumento dos TGs ou LDL-C.(FUJITA, 2016)(FUJITA, 2016)

A dislipidemia é comum. Os dados de os EUA National Health and Nutrition Examination numa pesquisa realizada em 1999-2000 constatou que 25 por cento dos adultos tinham colesterol total superior a 239,4 mg por dL ou estavam a tomar um medicamento para redução de lipídios . De acordo com o Relatório Mundial da Saúde 1999, a doença isquêmica do coração foi a principal causa de morte no mundo, a principal causa de morte nos países de alta renda, e perdendo apenas para infecções do trato respiratório inferior em países de renda baixa e média. Em 1998, foi a principal causa de morte, com cerca de 7,4 milhões de mortes estimadas por ano nos Estados membros da Organização Mundial de Saúde, e causou a oitava mais alta carga da doença em países de baixa e média renda.(FODOR, 2011)(FODOR, 2011)

Na população brasileira, é observada elevada taxa de dislipidemia. Gigante e Cols, Gigante (2006) Gigante (2006) analisando dados de 49.395 adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, observaram uma taxa autorreferida de dislipidemia próxima de 16,5%, evidenciando o grande desafio a ser enfrentado pela saúde pública brasileira. As dislipidemias apresentam uma distribuição mundial e já foram tidas, juntamente com o tabagismo, como principal fator de risco para doenças cardiovasculares. No Brasil, um estudo vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, envolvendo aproximadamente 22 mil pessoas entre 20 e 60 anos, investigou a presença de dislipidemias. Os resultados da pesquisa demonstraram alteração do colesterol total, LDL e triglicérides em 44%, 38% e 37% do indivíduos adultos, respectivamente. Sendo a hiperlipidemia mista (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) muito prevalente.(MATOS, 2016)(MATOS, 2016)

A dislipidemia é um dos mais importantes factores de risco da aterosclerose, a principal causa de morte dos países desenvolvidos, incluindo Portugal. Qualquer tipo de dislipidemia representa um importante factor de risco cardiovascular, uma vez que a gordura

acumulada nas paredes das artérias pode levar à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo que chega ao coração e ao cérebro. As gorduras são obtidas dos alimentos (30%) ou são formadas em nosso próprio corpo (70%), especialmente no fígado podendo ser armazenadas nas células adiposas para uso posterior. Os lipídios são componentes essenciais das membranas celulares, das bainhas de mielina das células nervosa e da bile. Os lipídios são insolúveis em plasma sanguíneo, que circulam no sangue ligado à proteína sob a forma de lipoproteínas. A albumina, uma proteína do plasma transporta os ácidos gordos (FA). As lipoproteínas contendo proteínas de superfície chamado apolipoproteínas e lipídios. No núcleo da lipoproteína são lipídios não polares, tais como o colesterol esterificado (CE) e triglicerídeos. Lipoproteínas de densidade são devido à proporção relativa de lipídios e proteínas. A maioria das lipoproteínas ricas em lipídios e proteínas são quilomícrons são abundantes em lipoproteína de alta densidade (HDL). A composição das lipoproteínas varia de acordo com lipídios e lipoproteínas de câmbio.

CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS:

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. A classificação fenotípica ou bioquímica considera os valores de Colesterol total (CT), LDL-C, TG e HDL-C e compreende quatro tipos principais bem definidos:

- a) Hipercolesterolemia isolada : elevação isolada do LDL-C (160 mg/dl);
- b) Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TGs (150 mg/dl) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons. Como observado, a estimativa do volume das lipoproteínas aterogênicas pelo LDL-C torna-se menos precisa à medida que aumentam os níveis plasmáticos de lipoproteínas ricas em TG. Portanto, nestas situações, o valor do colesterol não-HDL pode ser usado como indicador de diagnóstico e meta terapêutica;
- c) Hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C (160 mg/dl) e TG (150 mg/dl). Nesta situação, o colesterol não-HDL também poderá ser usado como indicador e meta terapêutica. Nos casos em que TGs > 400 mg/dl, o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se, então, considerar a hiperlipidemia mista quando CT > 200 mg/dl;
- d) HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl) isolada ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG.(CARDIOLOGIA, 2013, p. 5)(CARDIOLOGIA, 2013, p. 5)

Há determinados tipos de dislipidemia, cuja origem pode ser hereditária, embora muitas das causas estão associados com o comportamento, os hábitos como algumas dietas inadequadas e insalubres. Assim, sedentarismo, alto teor de gordura e fumo, são fato-

res importantes para determinar o desenvolvimento do risco de doença. Secundariamente doenças tais como a diabetes, hipotireoidismo ou a obesidade também pode ocorrer. Colesterol de LDL-C, conhecido como "mau" colesterol, é responsável pelo transporte de a maior parte dos lípidios no sangue e distribuído para os tecidos. Quando o fluxo for excessivo, que se acumula nas paredes dos vasos sanguíneos, com consequente formação de placas ateroscleróticas que impedem o fluxo normal de sangue para os tecidos. O colesterol "bom", HDL-C, é responsável por apanhar o colesterol de LDL-C em circulação no sangue e conduzir para o fígado através da protecção do corpo a partir dos seus efeitos nocivos. Assim, para prevenir a aterosclerose é necessária para manter uma elevada proporção de C-HDL baixo e LDL-C.

SINTOMAS DA DISLIPIDEMIA:

A Dislipidemia geralmente não apresenta sintomas. Em si mesmo é uma doença assintomática. A detecção, infelizmente, ocorre quando a doença já está em estágio avançado, em seguida, manifestando sintomas resultantes de complicações associadas com a doença. Entre os destaques de acidente vascular cerebral grave, pancreatite aguda ou doença cardíaca coronária. As manifestações mais comuns da dislipidemia é hipercolesterolemia, conhecido como colesterol alto, e hipertrigliceridemia, também sob o nome mais familiar de níveis elevados de triglicéridos. A dislipidemia é uma doença que, junto com o tabagismo e hipertensão, é um dos maiores fatores de risco de doença cardiovascular.

PREVENÇÃO DA DISLIPIDEMIA:

A prevenção começa por tomar controles razoáveis sobre os níveis de colesterol total, HDL-C, LDL-colesterol, triglicéridos e a proporção de LDL-C e HDL-C. Consultas médicas regulares com os controles adequados, juntamente com um estilo de vida onde se executam o exercício regular, dispensando o rapé e cuidado da dieta, basicamente uma dieta de baixa calorias, grasas e a redução do consumo, são comportamentos preventivos que ajudam favoravelmente na saúde e diminuir o risco de dislipidemia. É preferível substituir todos os tipos de gorduras animais com azeite de oliva, abacate e amêndoas como uma fonte alternativa de gordura. Reduzir o consumo de álcool ou fazer sem ele também favorece a prevenção de dislipidemia.

TRATAMENTO DAS DISLIPIDEMIAS:

O tratamento da dislipidemia deve ser individualizado, levando em conta as características do paciente e da variedade das consequências que podem desencadear a doença. Além disso, em virtude do exposto acima, é necessário ter a intervenção de uma equipe multidisciplinar de nutricionistas e especialistas para os órgãos afetados. A terapia nutricional deve sempre ser adotada. O alcance das metas de tratamento é variável e depende da adesão à dieta, às correções no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo – e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental. (CARDIOLOGIA, 2013, p. 9)(CARDIOLOGIA, 2013, p. 9)(CARDIOLOGIA, 2013,

p. 9)

No que se refere à medicação acontece o mesmo, ou seja, dependendo dos efeitos indesejáveis da doença a mais adequada para cada caso particular serão administradas drogas. Estatinas e fibratos, com relação ao colesterol e triglicérides, são usados com frequência. De qualquer forma, deve-se saber que alguns destes medicamentos têm efeitos colaterais que devem ser sempre acordados com o médico para avaliar a sua inclusão ou substituição. É importante que os profissionais de saúde conheçam as características dos pacientes portadores de Dislipidemias, que comparece na Unidade Básica de Saúde, a fim de implementarem seus protocolos de atendimento, atividades educativas e demais intervenções voltadas para a promoção da saúde, prevenção de complicações e cuidados para o controle da doença.

4 Metodologia

Este trabalho será um projeto de intervenção, onde elaboraremos ações a fim de mudar hábitos e estilos de vida em pacientes com dislipidemias para evitar complicações e manter o controle dos níveis de colesterol e triglicerídios, dos lipídios em geral. O trabalho será feito na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Guarujá do município Cascavel/PR, no período de Fevereiro de 2016 até Dezembro de 2016.

O projeto-intervenção, como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação.

Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.([THIOLLENT, 2005](#), p. 16)

O universo da intervenção serão os pacientes com Dislipidemia, para a seleção adotaram-se os seguintes critérios:

- serem pacientes de ambos sexos;
- apresentarem diagnóstico médico de Dislipidemia;
- estarem cadastrados e acompanhados na UBS;
- estarem conscientes e orientados.

O trabalho será implementado pela equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), promotores de saúde e nutricionista. De acordo com os profissionais envolvidos serão implementadas as seguintes ações:

1. Médico: Realizará consultas para diagnóstico e avaliação dos pacientes com Dislipidemia, avaliação dos fatores de risco, solicitará exames complementares, prescreverá o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, fará acompanhamento dos pacientes, realizará atividades de promoção e prevenção para mudar hábitos e estilos de vida. Participará nas atividades de Hiperdia, visitas domiciliares e atividades em grupo.
2. Enfermeiro: Capacitará os técnicos de enfermagem. Realizará consultas de enfermagem e desenvolverá atividades educativas de promoção e prevenção de saúde, realizará atividades de Hiperdia e visitas domiciliares com os ACS.

3. Técnico de enfermagem: Farão as preconsultas, verificará os níveis de pressão arterial (PA), peso, altura, e circunferência abdominal. Orientarão sobre a importância das mudanças comportamentais, alertarão a comunidade quanto aos fatores de risco das dislipidemias.
4. ACS: Farão as visitas domiciliares cadastrando os pacientes com dislipidemia, esclarecendo à população quais são os fatores de risco, orientando-os sobre as medidas de prevenção, encaminharão à consulta de enfermagem e do médico, verificarão se os pacientes com dislipidemia estão fazendo o tratamento corretamente e tomando os medicamentos, esse trabalho deverá ser registrado em fichas de trabalho.
5. Nutricionista: Realizará consultas aos pacientes orientando sobre uma dieta adequada e dando a conhecer os alimentos que podem e que não podem comer.
6. Promotores de saúde: Realizarão palestras informando à população sobre como viver uma vida saudável, sobre as doenças e como impedi-las. Farão visitas domiciliares junto aos ACS.

A intervenção será realizada por meio de oficinas temáticas com os pacientes com Dislipidemia cadastrados e acompanhados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estas oficinas ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular o conhecimento dos pacientes com dislipidemia sobre a doença. Logo, estabelecemos a data de início da primeira oficina (Fevereiro de 2016), com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos pacientes. O planejamento e a realização das oficinas com o grupo de pacientes contará com a parceria do enfermeiro, técnica em enfermagem e ACS.

A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas para levar aos pacientes com dislipidemia informações sobre a doença, explicando a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Nos encontros, além da abordagem em educação em saúde, deverão realizar-se verificação pressão arterial, peso, altura, IMC, medição da circunferência abdominal, entre outras questões que sejam do interesse das pessoas. Uma vez ao mês faremos reuniões com deferentes profissionais tais como Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo, Professor de Educação Física.

As oficinas serão realizadas nas terças-feiras das 8h as 10h da manhã, e os temas serão os seguintes:

- Dislipidemia: conceito, incidência e complicações;
- Fatores de riscos;
- Dieta, obesidade;
- Atividade física;

Tabela 1 – PLANO DE AÇÃO

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL
Diagnóstico dos casos.	Levantamento das pessoas com fatores de riscos.	Agentes comunitários. Promotor de saúde. Técnico de enfermagem. Enfermeiro. Médico.
Cadastramento dos pacientes.	Alimentação e análise dos sistemas de informação.	Agentes comunitários.
Busca ativa dos pacientes.	Visitas domiciliares, triagem, consultas.	Agentes comunitários. Técnico de enfermagem. Enfermeiro. Médico.
Tratamento.	Mudar modo e estilos de vida. Educação terapêutica. Fornecimento de medicamentos. Acompanhamento ambulatorial e domiciliar.	Médico e enfermeiro.
Diagnóstico precoce de complicações.	Acompanhamento pelo menos 3 vezes no ano. Realização de exames complementares, laboratoriais.	Médico.
Prevenção e Promoção de saúde.	Atividades educativas sobre condições de risco. Atividades educativas para modificar hábitos e estilos de vida, charlas educativas. Hiperdia. Reuniões em grupos. Atividades educativas para prevenção de complicações. Controle dos níveis dos lípidios.	Médico e enfermeiro.

- Prevenção e tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- Complicações e exames complementares;
- Uso correto da medicação prescrita.

Para a realização desta intervenção serão disponibilizados cadernos elaborados previamente em concordância com a temática a investigar. Os dados obtidos nesta investigação serão processados manualmente e se realizará análise com métodos estatísticos e os resultados serão expostos em tabelas e gráficos.

5 Resultados Esperados

As Dislipidemias na UBS Guarujá é uma das doenças de maior incidência e prevalência, que a cada ano incrementa o número de pacientes diagnosticados.

Com este projeto de intervenção espera-se obter um melhor controle dessa patologia, evitar complicações, seqüelas e a morte. Além disso, acredita-se ser possível sensibilizar os usuários para uma mudança de hábito e estilo de vida. A mudança no estilo de vida e um tratamento disciplinado permite prevenir e retardar as complicações apresentadas nos pacientes com dislipidemia, tornando assim imprescindível.

Espera-se que através das oficinas realizadas, a adesão do paciente ao tratamento e às mudanças dos hábitos e estilos de vida seja ampliada, além de assumir-se como copartícipe do seu tratamento.

Tabela 2 – Cronograma de implementação e avaliação

AÇÕES	Janeiroo 2016	Fevereiro 2016	Março 2016	Dezembro 2016
Elaboração do projeto	x	x		
Apresentação			x	
Implementação do projeto na unidade		x	x	
Avaliação das estratégias				x

Referências

- CARDIOLOGIA, S. B. de. V diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, n. 4, p. 1–22, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- CASCAVEL/PR, P. M. de. *Portal do município de Cascavel/PR: Historia*. 2015. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br>>. Acesso em: 25 Ago. 2015. Citado na página 9.
- FODOR, G. Primary prevention of cvd: Treating dyslipidemia. In: HANDBOOK, C. E. (Ed.). *Clinical Evidence Manual*. Londres, Reino Unido: BMJ Publishing Group, 2011. p. 1207–1208. Citado na página 13.
- FUJITA, D. L. *Dislipidemias*. 2016. Disponível em: <<http://drfabiofujita.site.med.br/>>. Acesso em: 05 Jan. 2016. Citado na página 13.
- GIGANTE, D. Prevalence of overweight and obesity and associated factors. *Rev Saude Publica*, p. 83–89, 2006. Citado na página 13.
- LESSA, I. et al. *Prevalência de dislipidemias em adultos da demanda laboratorial de Salvador, Brasil*. 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.universia.net>>. Acesso em: 28 Nov. 2015. Citado na página 10.
- MARTINEZ, T. L. R. et al. Campanha nacional de alerta sobre o colesterol elevado. determinação do nível de colesterol de 81.262 brasileiros. *Arq Bras Cardiol*, v. 80, n. 6, p. 631–634, 2003. Citado na página 10.
- MATOS, R. de. *Dislipidemias - Hiperlipidemia*. 2016. Disponível em: <<http://pt-br.infomedica.wikia.com/>>. Acesso em: 06 Jan. 2016. Citado na página 13.
- SIAB, D. de A. B. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2015. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 18 Ago. 2015. Citado na página 9.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. Rio de Janeiro - Brasil: Cortez, 2005. Citado na página 17.