

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



ONILDER AGUILERA VELAZQUEZ

**REDUÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS NOS USUARIOS DA UNIDADE DE SAUDE
HILTON FRANCISCO DE PAULA DE SÃO DOMINGOS EM SANTA
MARGARIDA – MG**

2016

ONILDER AGUILERA VELAZQUEZ

**REDUÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS NOS USUARIOS DA UNIDADE DE SAUDE
HILTON FRANCISCO DE PAULA DE SÃO DOMINGOS EM SANTA
MARGARIDA – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

JUIZ DE FORA/MG

2016

ONILDER AGUILERA VELAZQUEZ

**REDUÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS NOS USUARIOS DA UNIDADE DE SAUDE
HILTON FRANCISCO DE PAULA DE SÃO DOMINGOS EM SANTA
MARGARIDA – MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Examinador 2:

Aprovado em Juiz de Fora/MG, de de 2016.

RESUMO

As Dislipidemias, também chamadas de hiperlipidêmicas, referem-se ao aumento dos lipídios (gordura) no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicerídeos, a produção desregulada de colesterol o organismo dos seres humanos pode apresentar sérios problemas, como a obstrução das paredes do vaso sanguíneo, denominado aterosclerose que está ligada ao aumento do colesterol no sangue. As doenças ateroscleróticas vêm causando mortalidade no Brasil, tendo a dislipidemia como um dos principais fatores de riscos. Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas, devendo ser propostas ações resolutivas para a sua redução e controle e, conseqüentemente, das diversas patologias associadas a ela. Essa proposta de intervenção surge como tentativa de redução das dislipidemias nos usuários da Unidade básica de Saúde Hilton Francisco de Paula de São Domingos- Santa Margarida/MG. Para tanto foi realizado revisão bibliografia baseadas em livros e revista e materiais cientificamente aprovados e divulgados no meio eletrônico. Espera-se que seja uma ferramenta importante no controle dos problemas dislipidêmicos na população assistida, contribuindo para sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Dislipidemias. Programa Saúde da Família. Proposta de intervenção.

ABSTRACT

Dyslipidaemia, also known as hyperlipidemic, refer to the increase of lipids (fats) in the blood, particularly cholesterol and triglycerides, cholesterol unregulated production organism of human beings can present serious problems such as blockage of the vessel walls blood, called atherosclerosis which is linked to increased cholesterol in the blood. Atherosclerotic diseases are causing mortality in Brazil, and dyslipidemia is one of the main risk factors. This worrying scenario imposes the need for innovative measures to change the current logic of a network of services dedicated to acute care for a network of care for chronic conditions, should be proposed resolving actions for their reduction and control and, consequently, the various pathologies associated with it. This intervention proposal is an attempt to reduce dyslipidemia in users Basic Health Unit Hilton Francisco de Paula of St. Domingos- Santa Margarida / MG. A review literature based on books and magazine and scientifically approved materials and disclosed in the electronic médium was performed. It is expected to be an important tool in controlling dyslipidemia problems in assisted population, contributing to their quality of life.

Keywords: Dyslipidemia. Family Health Program. Intervention proposal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	14
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Santa Margarida é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, pertencente à região sudeste do estado.

Segundo dados divulgados no meio eletrônico, sua população foi estimada em 2014 pelo IBGE é de 15791 habitantes, com a maior concentração populacional e atividade comercial em Santa Margarida e no distrito de Ribeirão de São Domingos, situado a 14 quilômetros do centro do município. (PORTAL MARGARIDENSE, 2014).

Estima-se que entre 40% e 66% da população adulta no mundo tem níveis de colesterol ou alguma fração alta, o que significa que estão com risco alto de padecer uma doença cardiovascular. As Dislipidemias causam mais de 4 milhões de mortes prematuras por anos. Na Espanha 1 de 4 pacientes nas consultas da atenção primária está diagnosticado com Dislipidemias. Estudos mais recentes em 9 capitais mostrou que entre 38% e 48% estão com o colesterol acima de 200mg/dl (CAMPOS, 2010).

Em nosso município, assim como em nossa área de abrangência, cerca de 20% da população acima de 30 anos esta com nível alto de colesterol ou alguma fração. Considerando essas altos índices da população assistida, e principalmente as consequências danosas para a saúde, é necessário elaborar uma proposta de intervenção que seja uma ferramenta para fazer frente à esse problema.

2 JUSTIFICATIVA

A solicitação do perfil lipídico ou lípidos isolados tornou-se prática médica comum, independentemente de suspeita de dislipidemia, presença de doenças a ela associadas ou da especialidade do solicitante. Incluem-se na demanda laboratorial cotidiana os pré-admissionais para empresas, exames anuais de saúde e o check-up solicitado pelos próprios usuários aos seus médicos, sejam eles da prática liberal, dos seguros privados de saúde ou convênios e do SUS, ou ainda, por iniciativa do próprio médico.

No posto de saúde de São Domingos existe um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo específico do paciente (hipertensos e diabéticos). Apresentar um projeto de intervenção para garantir um atendimento e acompanhamento mais integral dos pacientes com dislipidemia, pelo fato de ser um fator de risco para doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus é importante, sendo estas as mais frequentes, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento e atenção de forma integral aos pacientes com essa doença.

As dislipidemias aumentam o risco de aterosclerose, porque elas favorecem a deposição de lípidos nas paredes arteriais, com o aparecimento de placas ateromatosas nas pálpebras (xantelasma) e pele com a formação de xantomias. Considera-se que a dislipidemia (colesterol > 250 mg / dl) contribui em 12% de homens e mulheres com 18% na mortalidade total de doença isquêmica do coração explicada por fatores de risco modificáveis. Um aumento excessivo das triglicérides (TG) acima de 11,3 mmol/L aumenta a probabilidade de pancreatite aguda, caracterizada por dor abdominal intensa, com vômito é uma emergência médica. A alta prevalência de dislipidemia aumenta o risco de morbidade e mortalidade de várias doenças e natureza tratáveis de suas condições, e pode tornar-se um problema de saúde no mundo e em nosso país em função dos graves danos provocados em pacientes afetados (MARTINS, 1989).

Sobre a alta incidência, prevalência e distribuição econômica gerada pela doença cardiovascular dislipidêmica secundária em todo o mundo, as medidas de prevenção, detecção e tratamento de fatores de risco modificáveis para o seu desenvolvimento são cruciais. O estudo múltiplo de teste Risk Fator

Intervention (MRFIT) demonstrou uma relação contínua e gradual (sem limite para início) entre colesterolemia e mortalidade total por doença isquêmica do coração. Além disso, para reduzir o colesterol diminui a incidência e a mortalidade da doença isquêmica do coração e as doenças cardiovasculares, em geral, tanto na prevenção primária e secundária (OMS, 2002).

O controle das dislipidemias, em especial as reduções mais intensivas do LDL-C, têm-se associado a importantes benefícios na redução de eventos e mortalidade cardiovascular. Dessa forma, a importância da estratificação do risco individual, a necessidade do tratamento mais eficaz, e o alcance da meta terapêutica preconizada com a maior brevidade, devem ser reconhecidos e adotados na boa prática médica. (OMS, 2002)

No caso de dislipidemia, o tratamento com ações farmacológicas e não farmacológicas através populações ou programas individuais permitem reduzir a sua prevalência. No entanto, é necessário estender o comportamento do diagnóstico, mesmo em indivíduos aparentemente saudáveis, mas com fatores de risco para DCV, e devem ser considerados vários aspectos novos, não só na sua abordagem terapêutica, mas o papel na aterosclerose (SANTOS, 2001).

O profissional de saúde deve avaliar o paciente dislipidêmico no contexto de risco cardiovascular, promovendo estilos de vida saudáveis e fazer uso eficiente do arsenal terapêutico disponível. Mas também deve conscientizar o paciente sobre seu peso, quanto à sua alimentação e exercícios físicos para os resultados serem ainda mais encorajadores, para prevenir complicações e uma melhor qualidade de vida em toda a população que está em risco (OMS, 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir e/ou controlar níveis lipídicos alterados na população assistida pela Unidade Hilton Francisco de Paula, em Santa Margarida, MG.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar os fatores de risco dos pacientes com Dislipidemia na comunidade de São Domingos.
2. Verificar o conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco da Dislipidemia.
3. Estimular os pacientes para fazer mudança do estilo de vida por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários com dislipidemia.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos do módulo de iniciação científica e seção 2, módulo de Planejamento, além de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com esse a doença.

Para a construção deste projeto serão utilizados trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar e população da Unidade Básica Hilton Francisco de Paula, no distrito de São Domingos, localizado no município de Santa Margarida/MG.

O trabalho foi realizado com equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS. Na proposta de mudanças em relação aos estilos de vida, foi realizada também uma análise situacional pela equipe de saúde sob a coordenação do médico e da enfermeira da unidade de saúde da família. Através dele foram identificados os nós críticos, bem como traçadas as operações, obstáculos e possíveis resultados a serem alcançados. Tudo isso foi organizado em um plano de ação que determina os responsáveis pelas operações além dos prazos e dos resultados das mesmas.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Dislipidemias, também chamadas de hiperlipidêmicas, referem-se ao aumento dos lipídios (gordura) no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicerídeos (MARTINS, 1989).

O colesterol é uma substância semelhante à gordura com função importante em muitos processos bioquímicos do organismo. Ele é um importante constituinte das membranas das células e das lipoproteínas que são as proteínas que transportam o colesterol no sangue. É também precursor dos ácidos biliares e de alguns hormônios e da vitamina D. Sem uma quantidade adequada de colesterol no sangue a vida não seria possível. Sua importância decorre do fato de que seu excesso no sangue é um dos principais fatores de risco da aterosclerose. Ele encontra-se distribuído por todo o corpo humano. A grande parte do colesterol circulante é produzida pelo fígado (cerca de 70%) e somente cerca de 30% provém da dieta. Agora fica fácil entender porque muitos indivíduos que não ingerem gorduras têm níveis elevados de colesterol (SANTOS, 2001).

A grande maioria do colesterol que temos circulando no sangue é fabricada pelo fígado. Só cerca de 30% vem da dieta, principalmente dos alimentos de origem animal (carnes vermelhas gordas, ovos, manteiga, queijos amarelos, etc.). Todas as gorduras são a mistura de ácidos graxos saturados, monoinsaturados e poliinsaturados. O que varia é a porcentagem de cada um desses ácidos graxos. Os ácidos graxos saturados e as gorduras trans elevam os níveis de colesterol ruim no sangue.

Com a produção desregulada de colesterol o organismo dos seres humanos pode apresentar sérios problemas, como a obstrução das paredes do vaso sanguíneo, denominado aterosclerose que está ligada ao aumento do colesterol no sangue (LEHNINGER, 2006). As doenças ateroscleróticas vêm causando mortalidade no Brasil, tendo a dislipidemia como um dos principais fatores de riscos (SANTOS, 2001).

Segundo Fonseca (2002) dislipidemia agrava a lesão de órgãos-alvo na hipertensão arterial, determinando maior incidência de eventos coronários e maior deterioração da função renal.

A obesidade e a Diabetes Mellitus (DM2) são doenças que causam resistência à insulina, caracterizada pelo aumento na produção de glicose, hipertrigliceridemia e lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL), associados à redução da lipoproteína de alta densidade (HDL) e elevação na lipoproteína de baixa densidade (LDL). A aterosclerose possui um dos principais fatores de riscos a dislipidemia que é causada pela elevação de colesterol na corrente sanguínea. A melhor maneira de tratar e prevenir a dislipidemia e o DM2 é praticando atividades físicas, obtendo hábitos alimentares mais saudáveis e fazendo o uso de medicamentos adequados. (PEREIRA, 2011)

A situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (BRASIL, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabete, a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas (PEREIRA, 2011).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Um plano de ação busca fundamentar a necessidade de se utilizar um enfoque estratégico de planejamento que permita apreender a complexidade dos processos sociais e que, ao mesmo tempo, forneça ferramentas operacionais para a construção de projetos e planos de ação para o enfrentamento de problemas estratégicos que resultem num impacto positivo na qualidade de vida da população. Estes planos de ação devem estar apoiados numa análise ampla, multissetorial e interdisciplinar que articule as distintas dimensões da realidade e devem envolver os diferentes atores, desde os níveis governamentais até a comunidade organizada em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas (FARIA, 2009).

O Planejamento Estratégico Situacional - PES - traz um enfoque a partir de problemas, capaz de proporcionar, através do conceito de explicação situacional, um olhar abrangente, de caráter totalizante e rigoroso que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes, que devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento dos problemas. (CAMPOS; FARIA e SANTOS 2010).

Segundo Campos; Faria Santos (2010), o plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos, a saber: econômicos (também denominados financeiros); organizacionais (referente à estrutura física, recursos humanos), cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados); de poder (também denominados recursos políticos).

6.2 Desenho das Operações

Consiste na descrição das operações do plano de ação de acordo com as causas selecionadas como “nós críticos”. Por exemplo: hábitos e estilos de vida inadequados; pressão social; estruturas de serviço de saúde, dentre outros. Além das operações, neste passo serão delimitados os resultados e produtos

para cada operação. A seguir apresenta-se a diferença entre produtos e resultados.

Tabela 1: Desenho das operações para modificar os fatores de riscos de Dislipidemia. Unidade Hilton Francisco de Paula, Santa Margarida, MG, 2016.

Nos críticos	Operação /pro Jeto	Resultado Esperado	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Modificar hábitos e estilos de vida para ter mais saúde	Diminuir de 20% a 15% a obesidade e o sedentarismo, reduzir a ingestão de comidas gordurosas, e o consumo de sal. Aumentar o consumo de frutas, legumes e vegetais. Aumentar o número de pacientes que pratiquem exercícios físicos.	Programa de exercícios Aeróbios e caminhadas, campanha na rádio local, convidar aos pacientes para academia e para poliesportivo.	Organizacional, para Para caminhadas e aeróbios Cognitiva informação, estratégias político conseguir local, capacidade de mobilização Social financeiro, para os recursos audiovisuais, folhetos educativos cadernetas.
Pressão social	Melhor vida Aumentar a oferta de empregos. Fomentar a cultura.	Diminuição de desemprego	Programação de geração de emprego e renda. Programação de fomento da cultura / rede de saúde	Cognitivo: Informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda. Político: Mobilização social em torno das questões, articulação Inter setorial e aprovação dos projetos. Financeiro: financiamento dos projetos.
Nível de Informação	Mais conhecimento Aumentar o nível de informação da população sobre a Dislipidemia e Os riscos.	População mais informada sobre a Dislipidemia.	Avaliação do nível de informação da população sobre Dislipidemia. Campanha educativa na rádio local. Programa de saúde nas escolas; Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: Organização da agenda. Político: Articulação intersectorial e mobilização social.
Estrutura dos serviços de Saúde	Melhor cuidado Melhorar a estrutura do	Garantia de exames previstos a todos os pacientes portadores casos novos e de	Capacitação do pessoal. Contratação	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para

	serviço para o atendimento dos portadores e os casos novos de Dislipidemia.	medicamentos.	de compra de exames e consultas especializadas Compra de medicamentos	estruturar o serviço. Financeiros: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde	Implantar a linha de cuidados para risco Cardiovascular aumentado. Implantar o sistema de referência e contra referência.	Cobertura de 100% da população com Dislipidemia	Protocolos implantados Recursos humanos capacitados	Cognitivo: Elaboração do projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais

Fonte: autoria própria

6.3 Análise da viabilidade

Posteriormente busca-se a identificação dos recursos necessários para a implementação de cada uma das operações propostas no plano de ação.

Existem vários tipos de recursos, a saber:

- Econômicos (também denominados como financeiros)
- Organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos etc.)
- Cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados)
- De poder (também denominados como recursos políticos)

Tabela 2: Recursos críticos. Projeto de intervenção para redução de dislipidemias, Unidade Hilton Francisco de Paula, Santa Margarida, MG, 2016.

+ Saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Viver Melhor	Organizacional: mobilização social em torno a desemprego e da violência. Político: articulação Interssectorial e aprovação dos projetos;

	Financeiro: financiamento do projeto.
Saber +	Político: articulação Intersectorial.
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de Cuidado	Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Existe a necessidade de designar os atores responsáveis por cada operação, avaliando sua motivação no processo, bem como os recursos necessários para sua motivação:

Tabela 3: Propostas de ações para a motivação dos atores. Projeto de intervenção para redução de dislipidemias, Unidade Hilton Francisco de Paula, Santa Margarida, MG, 2016.

Operações/projeto	Recursos críticos	Controle de Recursos críticos/Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
+ Saúde modificar hábitos e estilos de vida	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social Secretaria de saúde	Favorável	Não necessária
Viver Melhor Aumentar empregos	Organizacional: mobilização	Ministério de ação social	Indiferente Favorável.	Projeto de apoio a

Fomentar a paz	social em torno a desemprego e da violência. Político: articulação Inter setorial e aprovação dos projetos; Financeiro: financiamento do projeto.	Secretaria de saúde Educação, associações de bairros, cultura e lazer, sociedade civil, defesa	Algumas favoráveis outras indiferentes	instituições
Saber + Aumentar nível de conhecimentos sobre risco cardiovascular	Político: articulação interssetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro, recursos necessários para equipamento das redes (exame, medicamentos, consultas especializadas)	Prefeito Secretaria de saúde Fundo nacional de saúde	Favorável Favorável Indiferente	Projeto de estruturação da rede
Linha de Cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretaria de saúde	Favorável	

6.4 Elaboração do plano operativo

Tabela 4: Elaboração do plano operativo. Projeto de intervenção para redução de dislipidemias, Unidade Hilton Francisco de Paula, Santa Margarida, MG, 2016.

Operação	Gerente de operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Novo prazo
Modificar hábitos e estilos de vida	Médica	Programa exercícios aeróbios e caminhadas	Enfermeira	Seis meses	Em andamento implantado em todas as micro áreas	Seis meses.
Pressão social	Agentes comunitários de saúde	Programa de fomento de cultura pôr a paz	Enfermeira e agentes comunitários de saúde	Três meses	Fase de elaboração do projeto parceiros sensibilizados	Nove meses
Nível de informação da população Sobre risco cardiovascular	Médica	Avaliação Sobre risco cardiovascular Campanha na rádio local Programa de saúde escolar Capacitação dos ACSs	Enfermeira	Seis meses	Projeto de avaliação elaborado e iniciado Formato definido e horário	Seis meses
Cuidar melhor Melhorar a Estrutura do	Medica.	Equipamento da rede Compra de	Medica e coordenadora de	Início de projeto dois meses		Seis meses.

Serviços Para o Atendimento		exame, medicamentos	APS.	Apresentação seis meses	
Cobertura de 100 % da população com Cardiovascular aumentado	Medica	Implantar a linha de cuidados para risco cardiovascular aumentado Implantar o sistema de referência e contra referência Linha de cuidados	Medica e coordenadora APS	Doze meses Finalizado doze meses	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no conteúdo discutido na revisão da literatura e no plano de ação, conclui-se que a redução e o controle das dislipidemias demandam o incentivo à promoção da saúde e o estímulo à modificação do estilo de vida, por meio da diminuição de fatores de risco como a ingestão excessiva de gordura na dieta, obesidade, sobrepeso, o sedentarismo e doenças crônicas (HTA, DM). De igual modo, necessita de uma maior e efetiva participação dos familiares na vida deles, para contribuir na modificação dos estilos de vida e assim evitar a aparição de outras doenças que podem provocar deficiências ou a morte.

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil-2005 – uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DUCCAN, BB, BERGER, C; SILVA, MC, ACHUTTI, A. - Níveis séricos de colesterol em amostra representativa da população adulta de Porto Alegre. Arq. Bras. Cardiol, nov. 1998.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FONSECA, Francisco A. H. Hipertensão e dislipidemias, disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoedislipidemias.pdf> acesso em: 13 de março de 2016.

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

LUIZ PL, Carvalho MEA, CARDOSO RHA, GALLUCCI SDB, PIELIGli- Fatores de risco em doença coronária. Inquérito epidemiológico em estratos habitacionais de um bairro de Fortaleza. ArqBrasCardiol 1987; 49: 339-47.

MARTINS, I.S.et.al. Dislipidemias e alguns fatores de risco associados em uma população periférica da região metropolitana de São Paulo, SP-Brasil. Um estudo piloto. Rev Saúde Públ S. Paulo 1989; 23: 236-43.

OMS. Organização Mundial de Saúde. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2002.

PEREIRA, Renata. A relação entre Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2, Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/17/89.pdf> acesso em 17 de marco de 2016.

SANTOS. M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.