

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

POLLIANE MIRANDA MOTA

**PREVALÊNCIA DE DISLIPIDEMIA NOS USUÁRIOS DA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TEJUCO, NO MUNICÍPIO DE
JANUÁRIA**

JANUÁRIA/MG
2015

POLLIANE MIRANDA MOTA

**PREVALÊNCIA DE DISLIPIDEMIA NOS USUÁRIOS DA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TEJUCO, NO MUNICÍPIO DE
JANUÁRIA**

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

Orientadora: Janine Valéria Silva Tenório Faria

**JANUÁRIA/MG
2015**

POLLIANE MIRANDA MOTA

**PREVALÊNCIA DE DISLIPIDEMIA NOS USUÁRIOS DA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA TEJUCO, NO MUNICÍPIO DE
JANUÁRIA**

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

Orientadora: Janine Valéria Silva Tenório Faria

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Janine Valéria Silva Tenório Faria

Prof^a. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em 18/03/2015

RESUMO

A dislipidemia configura importante problema de saúde pública no Brasil. Observa-se que a falta de informação pelos portadores de dislipidemia dificulta o tratamento correto e medidas de prevenção, que incluem medidas medicamentosas ou não, como dieta adequada e prática de exercícios físicos. Por considerar a dislipidemia um fator modificável que eleva o risco de doenças cardiovasculares, o presente estudo tem como objetivo propor um plano de ação permanente para redução dos níveis lipídicos nestes indivíduos, além de aumentar o nível de informação dos pacientes e promoção de mudanças de hábitos de vida dos mesmos. A metodologia está embasada no método do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Tejuco foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema prioritário. Espera-se diminuir a ocorrência de internações e óbitos relacionados a esta patologia.

Palavras-chave: Dislipidemia. Unidade Básica de Saúde. Planejamento Estratégico Situacional.

ABSTRACT

Dyslipidemia sets important public health problem in Brazil. It is observed that the lack of information by dyslipidemia patients hinders the proper treatment and preventive measures, including drug or not measures such as proper diet and physical exercise. Considering dyslipidemia a modifiable factor that increases the risk of cardiovascular disease, this study aims to propose a permanent action plan for lowering lipid levels in these individuals, as well as increase the level of information to patients and promoting changes in habits life thereof. The methodology is based on Situational Strategic Planning, through which, after processed the problems identified in the situation analysis of the ESF Tejuco catchment area was drawn up an action plan for tackling the priority problem. It is expected to reduce the incidence of hospitalizations and deaths related to this disease.

Keywords: Dyslipidemia. Basic Health Unit. Situational Strategic Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVO	13
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	14
5.REFERENCIAL TEÓRICO	16
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Januária, município brasileiro do estado de Minas Gerais, situada há 596 km da Capital Belo Horizonte e há 160 km de Montes Claros, na região do Médio São Francisco, é uma das principais cidades do norte de Minas, considerada cidade-polo da microrregião do alto médio São Francisco. A população estimada, segundo o IBGE (Censo 2010), é de 68.000 habitantes, sendo a 3º cidade em população geral do Norte de Minas, e sendo também a 54º maior do estado.

Quanto a seus aspectos geográficos, a cidade conta com uma área da unidade territorial de 6.661.666km², com um total de 21.678 domicílios no cadastro nacional de endereços para fins estatísticos. Apresenta ainda 17.573 endereços urbanos e 8.992 endereços rurais, sendo que a população residente urbana, segundo censo de 2010, é de 41.322 pessoas, e a população rural é de 24.141. (IBGE, 2010).

O sistema de saúde do município conta com 12 unidades de Saúde da Família, incluindo zona urbana e rural, sendo que em algumas funcionam mais de uma equipe de Saúde da Família.

A cidade ainda vive dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais, pois as cotas disponibilizadas de especialidades médicas para o SUS ainda é muito pequena frente à demanda necessária. Segue o mesmo padrão a contra referência, que não é feita como se deseja, sendo fruto da falta de vínculo das especialidades médicas com a atenção primária. A cidade possui rede de média complexidade, identificada no Hospital Municipal e no centro Viva Vida. Os profissionais da atenção básica trabalham num regime de 40 horas semanais, oito horas diárias de segunda a sexta-feira, das 07h às 11hs e das 13hs às 17hs. O principal tipo de vínculo empregatício com os funcionários é o contratual, sendo que há também aqueles efetivados por concursos públicos e os provenientes de Programas fomentados pelo governo federal, como o PROVAB e o Mais Médicos. Uma equipe básica de saúde da família em Januária é constituída de 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde (em média) e 01 dentista, sendo que esse profissional não se encontra em todas as unidades.

O trabalho foi realizado no território de abrangência da ESF Tejuco, situada na zona rural de Januária. Possui em torno de 2700 habitantes, com 572 famílias cadastradas. Os principais postos de trabalho das pessoas que moram no distrito é o comércio, grande parte realizando comércio informal.

A taxa de alfabetização é baixa, pois muitos moradores possuem apenas o ensino fundamental, e boa parte é analfabeta. Na comunidade, há 01 igreja católica central, religião prevalecente, de onde surgem as principais festas e festejos da cidade. Possui uma associação de moradores forte, atuante na cidade. Existe apenas uma única farmácia, e 01 escola de ensino primário, fundamental e médio. Não há hospitais ou laboratórios.

Os moradores possuem luz elétrica em praticamente todas as casas. Em relação ao abastecimento de água, não é encanado, sendo que o que abastece as casas são poços artesianos. A rede de esgoto pública é falha, e a maioria das famílias despeja seus esgotos em fossas. Não há sinal de telefonia móvel, apenas telefones fixos. Não há bancos nem serviço de correios.

A Unidade Básica de Saúde foi inaugurada há cerca de 22 anos, o acesso é fácil, sendo que toda a população conhece a localidade do posto de saúde. A equipe é composta por 01 médica, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar de serviços em saúde, 11 agentes comunitários de saúde e 01 funcionária da antiga Fundação de Saúde – órgão federal – que se responsabiliza pela aplicação das vacinas. A área física é pequena, sendo a construção aproveitada de uma antiga área abandonada. Não há recepção nem cadeiras, sendo que os pacientes aguardam atendimento em pé. Há apenas 01 sala de atendimento médico e 01 sala para atendimento de enfermagem, sendo que esse mesmo espaço é utilizado também para sala de vacina e almoxarifado. Há ainda 01 cozinha pequena e 01 sanitário, sem água no momento, de uso comum para funcionários e usuários, e 01 consultório odontológico, que pelo desuso, transformou-se em sala de depósito de materiais inutilizados e abrigo de morcegos e outros animais peçonhentos. Não há sala de reuniões e nem maca ginecológica para atendimento especializado e realização de pré-natal.

Quanto à agenda das atividades diárias, infelizmente, até hoje, a mesma é composta apenas de demanda espontânea (condição aguda). Não são marcados pacientes, e sim, as fichas de atendimento são destinadas apenas para os pacientes que procuram a Unidade de Saúde naquele dia. Desse modo, as condições agudas são abordadas em praticamente 100% das ocorrências, mas as condições crônicas (doenças crônicas, puericultura, pré-natal, informações para hipertensos e diabéticos) só são abordadas se a população-alvo procurar o serviço. Além disso, não é realizada a triagem das condições agudas. Todas são atendidas por ordem de chegada, o que não reflete um processo justo quando visto pela ótica da equidade.

É verificada na população abrangente grande prevalência de doenças de saúde pública, como verminoses/parasitoses intestinais. Contudo, o maior desafio no momento da Unidade

de Saúde é com relação à dislipidemia, pois é, sem dúvida, a condição mais prevalente e menos enfatizada com os seus usuários portadores.

A dislipidemia é o aumento anormal da taxa de lipídios no sangue, seja esse aumento decorrido pelo colesterol, triglicérides, ou por ambos. Representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de lesões ateroscleróticas, que podem causar a obstrução total do fluxo sanguíneo e culminar em doenças cardiovasculares graves, como AVC (Acidente Vascular Cerebral) e IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) (LEHNINGER, 2006).

Foi percebida, através da busca ativa em prontuários, que a prevalência da dislipidemia, especialmente do tipo hipercolesterolemia, foi maior em pacientes idosos, em mulheres menopausadas e em portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Dentre toda a população levantada, percebeu-se que 15% do total possui essa condição. Contudo, quando calculamos a porcentagem apenas entre os idosos, a taxa sobe para 31%, e quando calculamos dentre os portadores de HAS verificamos uma taxa de 22%. Metade dos envolvidos (50%) possui a hipercolesterolemia como causadora da dislipidemia; já 20% possuem é a hipertrigliceridemia e 30% possuem as duas condições. Esses dados foram retirados de exames laboratoriais realizados pelos pacientes nos últimos dois anos e documentados no prontuário.

Dessa forma, a partir da atuação na área de abrangência do ESF, pode-se identificar vários problemas, dentre os quais:

- Dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais, pois as cotas disponibilizadas de especialidades médicas para o SUS ainda é muito pequena frente à demanda necessária;
- Não realização também da contrarreferência – situação que é fruto da falta de vínculo das especialidades médicas com a atenção primária;
- Não existência de rede de esgoto e de abastecimento de água encanada para a população, sendo que o despejo do esgoto é realizado em fossas;
- Fornecimento de água é advindo de poços artesianos, sem tratamento;
- Não existência de recepção ou cadeiras na Unidade de Saúde, tendo os pacientes que aguardar atendimento em pé;
- Não realização do acolhimento dos pacientes;
- Falta de infraestrutura adequada, existindo apenas um consultório, sem maca e sem luz no momento, além de não existirem sala de vacinas, sala de reuniões, sala de atendimento de enfermagem e banheiros funcionantes;

- Não inclusão, na agenda diária dos atendimentos, da atenção programada.
- A agenda organizada pela minha equipe é composta apenas de demanda espontânea (condição aguda).
- Não realização da Classificação de Risco, sendo os pacientes atendidos por ordem de chegada;
- Grande prevalência de Dislipidemia, principalmente de Hipercolesterolemia.

De acordo com os dados apresentados anteriormente, pode-se priorizar os seguintes problemas da população atendida, conforme segue na quadro 1.

Quadro 1 – Priorização dos problemas na área de abrangência da ESF Tejuco-2014

Principais Problemas	Importância	Seleção
Ausência de Referência	Alta	7
Ausência de Contra-Referência	Alta	8
Ausência de rede de esgoto e de abastecimento de água encanada	Alta	2
Ausência de Recepção	Alta	5
Ausência de Acolhimento	Alta	6
Ausência de Infraestrutura da Unidade de Saúde	Alta	3
Ausência de Agenda com a atenção programada	Alta	4
Ausência de Triagem/Classificação de Risco	Alta	9
Grande prevalência de Dislipidemia	Alta	1

Fonte: Diagnóstico situacional e discussão da equipe.

A principal condição que leva à alta incidência da dislipidemia nos usuários da nossa Unidade de Saúde é o precário hábito alimentar no que diz respeito à ingestão de gorduras polissaturadas e ao colesterol. A população tem o costume de usar, na realização de suas refeições, a gordura proveniente de “toucinhos” ou “banha de porco”, hábito já enraizado na cultura. Tais alimentos liberam uma quantidade significativa diária de lipídeos ruins (polissaturados e LDL) nas refeições. Além disso, os mesmos ainda consomem carnes gordas, aves com peles, leite integral vindo diretamente da vaca e ovos caipira (gema), alimentos ricos em colesterol.

A pouca ingestão de fibras, representado pelo escasso acesso a frutas e verduras na região, também contribui para a gravidade da condição. Outro fator desencadeante que também merece ser mencionado pela sua importância e impacto na modificação do quadro é a

pequena realização de exercícios ou atividades físicas pela população, principalmente pelos idosos.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho justifica-se pela prevalência encontrada na Unidade de Saúde do Tejuco, em Januária, de pacientes portadores de dislipidemia, sendo o problema que demanda maior atenção no momento. Sabe-se que essa condição é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares graves, como AVC (Acidente Vascular Cerebral) e IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), devido à formação de lesões ateroscleróticas.

Devido aos números levantados por meio da busca ativa em prontuários (15% da população total atendida possui essa condição – sendo que a porcentagem aumenta ainda mais quando calculada por grupos específicos de risco, quais sejam, portadores de hipertensão arterial, idosos e mulheres menopausadas –) e devido às graves consequências dessa condição, percebe-se a relevância em se abordar esse assunto com os usuários portadores, a fim de se criar um plano de intervenção para tentar modificar a realidade dos mesmos.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção visando reduzir a prevalência da dislipidemia dos usuários da Unidade de Saúde Tejuco.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma proposta de intervenção cuja caracterização do problema foi feita por meio do levantamento de dados epidemiológicos e a fundamentação teórica por meio de uma breve revisão narrativa da literatura. A proposta de intervenção propriamente dita e o plano de ação foram centrados na formação de grupos educativos.

Para o desenvolvimento de um plano de intervenção, será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES, que estabelece etapas para norteamento do plano.

Para buscar características do município apresentado e da Unidade de Saúde do Tejuco, foi acessada base de dados oficiais, como o SIAB, IBGE e site do Ministério da Saúde. Foram consultadas também outras bases de dados para construção de referencial teórico, como a LILACS, para compor uma revisão de literatura mais embasada. Buscou-se o tema dislipidemia, Unidade Básica de Saúde, município de Januária e Planejamento Estratégico Situacional.

De acordo com o método de Planejamento Estratégico Situacional, foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema prioritário. Neste contexto, quatro momentos caracterizaram o processo de planejamento, dentre os quais: o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional, conforme veremos no decorrer da apresentação do plano de intervenção.

De acordo com Paim (2006,p. 05), “o momento explicativo é o equivalente ao diagnóstico no planejamento normativo. É o momento de identificar, selecionar (valorando, priorizando e escolhendo), descrever e explicar o problema, apresentando e selecionando os nós críticos”.

De acordo com Tancredi (1998, p. 43):

- [...]nó crítico é a causa do problema que tem três características:
- Causa cuja solução terá impacto na solução ou minimização do problema;
- Causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos;
- Causa cuja solução contribui para a solução de outras causas problemas.

Para explicar o problema de saúde abordado, recorreu-se aos sistemas de informações disponíveis, bases de dados, inquéritos epidemiológicos, levantamentos, estimativas rápidas, oficinas de trabalho entre a equipe técnica e a comunidade.

Já no momento normativo, conforme Paim (2006), o mais importante é estabelecer objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. A partir dos objetivos, devem-se estabelecer as metas e as linhas de ação para cada objetivo específico. Ainda nesse momento, são identificados e quantificados os recursos necessários a realização das ações. Em síntese, é o momento privilegiado de atuação de diferentes atores, que orienta o plano para a mudança que se quer. Durante a apresentação do plano operativo, seguiu-se esta linha.

O momento estratégico é o momento de analisar que algumas operações poderão ser altamente conflitivas do ponto de vista político, muito exigentes do ponto de vista econômico, ou demandante de tecnologia de elevada complexidade. Para tanto, neste momento deve-se responder quais os obstáculos para transformar o plano estratégico em realidade ou ainda se se possuem os recursos necessários para a intervenção. Assim, conforme Paim (2006, p. 58):

[...]deve-se verificar se há contradições entre os objetivos (análise de coerência), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (análise de factibilidade) e se é possível contornar os obstáculos políticos (análise de viabilidade).

Por fim, o momento tático operacional, que apresentamos como o mais importante, e é caracterizado como tal conforme esclarece Artmann (s/d,p.33):

[...]para Matus, o plano se completa na ação, nunca antes. Somente a ação muda a realidade e este agir faz parte do plano. Não é etapa posterior. Este é momento de execução do plano sob uma determinada gerencia e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação. É o momento de monitorar as operações e avaliar continuamente.

Após a leitura dos textos e a aquiescência da equipe em relação a adotar-se uma nova postura em relação aos grupos educativos na prática cotidiana, elaborou-se o presente trabalho que contem um plano de ação que busca responder ao objetivo proposto.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A dislipidemia é o aumento anormal da taxa de lipídios no sangue, seja esse aumento decorrido pelo colesterol, triglicérides, ou por ambos (LEHNINGER, 2006, p.55). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013, p. 5), classifica as dislipidemias primárias ou sem causas aparentes de acordo com o nível sanguíneo (laboratorial) encontrado em relação ao colesterol e ao triglicérides. “O perfil lipídico é definido pelas determinações bioquímicas do colesterol total (CT), colesterol ligado à HDL ou HDL-colesterol (HDL-C), triglicérides (TG) e do colesterol ligado à LDL ou LDL-colesterol (LDL-C) após jejum de 12 a 14 horas.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p.3). Os tipos encontrados podem ser quatro: Hipercolesterolemia isolada, que seria a elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dL); Hipertrigliceridemia isolada, que seria a elevação isolada dos triglicérides (≥ 150 mg/dL); Hipertrigliceridemia mista, que ocorre o aumento de ambos LDL-C (≥ 160 mg/dL) e TG (≥ 150 mg/dL); e o HDL-C baixo, que seria a queda sérica do HDL-C (homens <40 mg/dL e mulheres <50 mg/dL), podendo ser isolada ou associada ao aumento do LDL-C ou do triglicérides (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013, p.5).

Em se tratando da epidemiologia, Kolankiewicz; Giovelli e Bellinaso (2008, p.318), em um estudo cujo objetivo era “conhecer e analisar o perfil lipídico e determinar a prevalência de dislipidemias em indivíduos adultos”, concluíram que “a dislipidemia, isolada ou associada a outros fatores de risco cardiovascular, está presente em mais de 40% da população adulta”, e que os indivíduos que têm risco de ter doença aterosclerótica não são apenas os dislipidêmicos, mas também os diabéticos, hipertensos, sedentários, obesos, fumantes e indivíduos que têm histórico familiar desta doença (KOLANKIEWICZ; GIOVELLI; BELLINASO, 2008, p.319).

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p. 02), em se tratando de dislipidemias, estudos realizados em nove capitais brasileiras, envolvendo 8.045 indivíduos em 1998, revelou com relação aos níveis séricos de colesterol total (CT), “que 38% dos homens e 42% das mulheres possuem CT maior que 200 mg/dl. Neste estudo, os valores de colesterol total foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas”.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008,p. 249), a prevalência de dislipidemias mostra-se variável de acordo com as características étnicas, socioeconômicas e

culturais de grupos populacionais distintos. No Brasil, raros são os estudos que determinam de forma fiel a real prevalência desta afecção.

Associados a estes dados estão os de que a doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de morte (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013), seguida posteriormente por causas neoplásicas. O número estimado de portadores de diabetes e de hipertensão é de 23.000.000, segundo dados de Brasil (2006), sendo tais condições intimamente relacionadas à dislipidemia. Ainda de acordo com Brasil (2006, p.101), estas taxas tendem a crescer nos próximos anos, seja pelo crescimento em si da população idosa ou ainda pelos hábitos errôneos de alimentação e o tabagismo.

Na ESF do Tejuco, onde atuamos, a partir da análise de prontuários e de exames laboratoriais dos pacientes, verificou-se que parcela significativa dos usuários apresentam a dislipidemia (15% da população total atendida possui essa condição – sendo que a porcentagem aumenta ainda mais quando calculada por grupos específicos de risco, quais sejam, portadores de hipertensão arterial, idosos e mulheres menopausadas –), colocando-os, portanto, em um patamar de risco elevado para doenças cardiovasculares, e, em contrapartida, apresenta um baixo nível de informação sobre dislipidemia.

De acordo com Lehninger (2006), a produção de colesterol de forma não regulada pode acarretar sérios problemas para a saúde, dentre os quais a obstrução das paredes dos vasos sanguíneos, o que se denomina aterosclerose. O depósito cada vez maior de colesterol na luz dos vasos sanguíneos, juntamente com o processo inflamatório local que se inicia pela formação da placa de aterosclerose, culmina na formação de uma placa instável, calcificada (arteriosclerose), que obstrui totalmente a luz dos vasos, o que caracteriza a etiopatogenia das doenças cardiovasculares.

Segundo Santos (2001), a dislipidemia é um dos principais fatores de risco para as doenças ateroscleróticas, responsáveis por altas taxas de mortalidade no Brasil e no mundo.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007, p.5), diz que:

Um evento coronariano agudo é a primeira manifestação da doença aterosclerótica em pelo menos metade dos indivíduos que apresentam essa complicação. Desta forma, a identificação dos indivíduos assintomáticos que estão mais predispostos é crucial para a prevenção efetiva com a correta definição das metas terapêuticas.

Dentre os grupos com maior risco, sabe-se que a mulher menopausada tende, conforme a literatura médica, a desenvolver mais facilmente a dislipidemia devido à

deficiência do estrógeno, principal hormônio feminino defensor do colesterol “bom” (HDL) e combatente do “mau” colesterol (LDL). Já os portadores de HAS desenvolvem, devido a sua doença de base, uma disfunção do endotélio (parte interna dos vasos sanguíneos) à medida que a doença progride, o que facilita o depósito do LDL nas suas artérias. Esses fatores citados contribuem para justificar a maior incidência da condição discutida nesse público-alvo (LEHNINGER, 2006).

A V Diretriz Brasileira de Dislipidemia (2013, p. 01), defende como indispensável “o desenvolvimento e promoção de políticas públicas de saúde com a finalidade de reduzir a mortalidade cardiovascular, a presença de instrumentos de avaliação epidemiológica sobre o perfil lipídico”.

Ainda de acordo com a diretriz supracitada, na página 11, é abordado que “as ações preventivas têm demonstrado impacto positivo na redução da mortalidade e morbidade associada à hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares.” Uma das formas de prevenção é o tratamento eficaz, que envolvem medidas farmacológicas ou não, tais como dieta hipocalórica para tratar hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, associado à restrição total do consumo de bebidas alcólicas e adequação do consumo de carboidratos e gordura. Outra medida eficaz é a atividade física aeróbia praticada regularmente, dentre as quais a caminhada, corrida, ciclismo, natação, já que tais práticas ajudam tanto na redução dos triglicerídeos como também no aumento dos níveis de colesterol HDL.

Diante do problema que representa a dislipidemia, sua identificação e tratamento precoce têm suma importância, no entanto ainda representa uma grande dificuldade para a saúde pública.

Conforme Dalpino e Takata (2008), uma das dificuldades para o tratamento adequado da dislipidemia por parte dos pacientes é que a patologia apresenta-se de forma silenciosa e seu desenvolvimento depende do ritmo e estilo de vida que a pessoa leva. Sendo a educação em saúde, uma boa opção nas ações de prevenção da dislipidemia.

| 5.1. Educação em saúde aos dislipidêmicos

A educação em saúde é apresentada como uma das possibilidades de atuação do profissional de saúde para orientação das atividades a serem desenvolvidas com usuários dislipidêmicos, assim como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento da doença e/ou de suas complicações.

Segundo Pelicione M. e Pelicione A. (2007):

Há muito tempo se discute acerca da importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado e, dentre estes, principalmente na atenção primária (p.325).

De acordo com Meyer (2006, p. 1335), “o acesso à informação por parte da população tem sua importância reconhecida no processo educativo”. Não se defende uma prática completamente separada desse tipo de intervenção, porém, o que se discute é se apenas a oferta de informações, por si só, é suficiente para que haja melhora no nível de saúde da população.

Assim, “atualmente ganha importância o modelo radical de educação em saúde, que atua com base na construção compartilhada de saberes e, portanto, tem suas ações formuladas com intuito de se aproximarem dos princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF)”. (BOEHS *et al.*, 2007, p. 308).

Conforme Besen *et al.*(2007, p. 58), neste método destaca-se o direito à saúde e à autonomia do indivíduo como condições indispensáveis ao processo educativo. Conforme Felipe, 2011, *apud* Besen *et al.*, 2007:

[...]como objeto de educação em saúde, ela apresenta como ideia central uma prática educativa que visa à promoção de saúde, ou seja, não está voltada exclusivamente para a doença, e sim, para o contexto geral de vida da pessoa por meio de um conjunto de atividades orientadas a melhorar as condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Percebe-se aqui, claramente, a orientação do serviço para o indivíduo e sua saúde, ao invés de centralizar a produção de cuidado na doença.. [...]Nesse modelo, as propostas educativas não se baseiam na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados pelas profissões da saúde para a prevenção e cura de doenças, e sim, para a melhoria da qualidade de vida do ser humano por meio do reconhecimento das reais necessidades apresentadas por ele.

Deste modo, não se deve tratar o dislipidêmico como se ele fosse um mero espectador da relação de cuidado, gerando uma verdadeira opressão de saberes. Ao contrário, deve-se levar em consideração seu papel de coprodutor do cuidado, por meio de uma relação baseada no respeito dos diferentes saberes.

Para tanto, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) apontam como importante o investimento no modelo dialógico de educação em saúde que possibilitará a incorporação, por parte da equipe de saúde, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a

humanização das práticas de saúde e a busca constante por qualidade da assistência e resolubilidade. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de intervenção, pois pode atuar no esclarecimento do que vem a ser a doença e de quais suas repercussões na vida do indivíduo.

A adesão ao tratamento é considerada um ponto preponderante na terapêutica de redução da dislipidemia. Segundo Felipe (2011, p. 39),

Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais.

Assim, atualmente, reconhece-se que fatores culturais são preponderantes na adesão ao processo terapêutico da dislipidemia, pois fatores como estilo de vida, hábitos, rotinas e costumes tendem a influenciar diretamente muitas das decisões tomadas pelo indivíduo (BOEHS *et al.*, 2007).

Dessa forma, o profissional passa a entender que diversos fatores atuam de forma a influenciar o sujeito em suas decisões. Sendo assim, percebe o espaço da educação em saúde como privilegiado para trabalhar questões que ultrapassam o biológico, com intuito de que se alcance a construção de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis às necessidades dos indivíduos que, por meio do processo de empoderamento, estarão aptos a desenvolver maior controle sobre suas condições de vida individual e coletiva (BESEN *et al.*, 2007).

Percebe-se a importância da prática educativa executada pelo médico, individualmente ou como parte da equipe multiprofissional, com intuito de se conseguir a recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde dos sujeitos por ele assistidos, pois este profissional está, geralmente, em constante contato com o usuário, podendo, assim, reconhecer suas reais necessidades e, com isso, ter atuação mais efetiva.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a leitura e sistematização de alguns conhecimentos básicos sobre a problemática relacionada aos altos índices de dislipidemia na população assistida na ESF Tejuco em Januária, Minas Gerais elaboramos uma proposta que, acredita-se, pode ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aqueles usuários.

6.1 Situação Problema

O problema identificado como prioritário para intervenção foi a prevalência de dislipidêmicos na área de abrangência da ESF Tejuco, cujo nós críticos são:

- baixa escolaridade/analfabetismo funcional dos pacientes envolvidos e sua deficiente condição de saúde física (idosos), que dificultam o entendimento das orientações dadas pela equipe de saúde;
- escassez da medicação hipolipemiante pela rede pública;
- pouca realização de atividade física pelos idosos devido a outras afecções concomitantes que impedem a sua realização, como osteoartroses, osteoporose, dores musculares e problemas neurológicos diversos (sequelas AVC, polineuropatias, lombociatalgias, entre outros).

Quadro 2 – Ações para motivar os dislipidêmicos a mudar os hábitos e estilos de vida.

Nó crítico	Baixo nível de instrução / escolaridade da população. Dificuldade de comunicação verbal ou não-verbal com a equipe
Operação / Projeto	Elaborar um projeto de intervenção visando reduzir a prevalência da dislipidemia dos usuários da Unidade de Saúde Tejuco.
Resultados esperados	Uso correto da medicação pela população alvo. Usuários bem instruídos sobre a utilização correta da medicação
Produtos esperados	Diminuição do percentual de dislipidemia na ESF do Tejuco Estabilização de pacientes já diagnosticados
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF.
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos didáticos, faz-se necessário a distinção por cores entre os diversos papéis que o doente leva para casa após consulta médica: Receituário branco será receita medicamentosa e receituário azul será os pedidos de exames. Carimbos com as ilustrações de sol, prato e lua para fazer menção ao horário aproximado de cada medicação. Explicar as prescrições tanto farmacológicas quanto não farmacológicas de forma simples, com linguagem de fácil entendimento.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: médico e enfermeira Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, enfermeira, ACS
Cronograma / Prazo	2 meses

Quadro 3 – Alterações dos hábitos de vida dos dislipidêmicos

Nó crítico	Dieta inadequada, falta de prática de exercícios físicos regularmente, obesidade.
-------------------	---

Operação / Projeto	Estimular a mudança de hábitos de vida. Explicar a importância de uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos.
Resultados esperados	Mudanças nos hábitos de vida da população, favorecendo os resultados da terapêutica não medicamentosa para dislipidemia.
Produtos esperados	Alteração dos hábitos de vida: dieta, prática de exercícios físicos, redução de peso.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF
Recursos necessários	- Para este fim utilizaremos recursos organizacionais e políticos, com ações como disponibilizar profissionais da área de nutrição e educação física para elaboração de dietas e realização de exercícios físicos orientados para a população-alvo. Além de recursos cognitivos, como campanhas educativas para a população sobre a importância de exercícios físicos, informar a população sobre a maior incidência de dislipidemia em pessoas com consumo elevado de gorduras e carboidratos, sendo imprescindível a realização de dieta hipolipídica.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: médica e enfermeira Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, enfermeira, ACS.
Cronograma / Prazo	2 meses

Quadro 4 – Ações para organização do processo de aquisição de medicamentos

Nó crítico	Falta de Medicamentos
Operação / Projeto	Organizar o processo de requisição de medicamentos para unidade.
Resultados	Aumento gradativo da quantidade de medicamentos hipolipemiantes

esperados	disponibilizados. Regularidade no fornecimento de medicamentos para os usuários em tratamento medicamentoso da dislipidemia.
Produtos esperados	Planilhas de acompanhamento corretamente preenchidas e encaminhadas às farmácias distritais e à Secretaria de Estado da Saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF; Secretaria de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde
Recursos necessários	Neste quesito lançaremos mão de recursos políticos e financeiros, com articulação com a Secretaria de Estado de Saúde para redimensionamento de financiamento e disponibilização de medicamentos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais da ESF, Secretaria de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, Secretaria de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde
Cronograma / Prazo	2 meses

Para avaliação dos resultados obtidos propõe-se a realização de reuniões de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento. Além de elaborar um instrumento de avaliação de resultados (qualitativos e quantitativos) e definir a continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com este plano de intervenção implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados atualmente para os usuários portadores de dislipidemia atendidos na ESF Tejuco. As atividades pautarão nas mudanças efetivas dos estilos de vida, de forma que se utilize uma equipe multidisciplinar nessas atividades. Além do atendimento dos portadores de dislipidemia, haverá benefícios também aos portadores de outras patologias como, por exemplo, o Diabetes Mellitus e Hipertensão que são comorbidades muito frequentes em nossa área de atuação. Estes objetivos envolvem o:

- Aumento do nível de informação da população sobre as medidas de prevenção da dislipidemia;
- Identificação e acompanhamento da população portadora de dislipidemia;
- Realização de ações a fim de motivar as pessoas portadoras da dislipidemia a mudar os hábitos e estilos de vida;

Enfim, a expectativa é de que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde, de forma que essas atividades se tornem rotineiras no atendimento da população dislipidêmica.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. **A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública**. Rev Bras Enferm., Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121. 2008.
- ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial**. Disponível em: www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca.
- BESEN, C. B. *et al.* **A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde**. Saúde e Sociedade, v.16, n.1, p. 57-68. 2007.
- BOEHS, A. E. *et al.* **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura**. Texto Contexto Enferm [online], Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. S/Data. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acessado em: 21/06/2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- DALPINO, F.B.; TAKATA. **Lípidos e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes de um hospital universitário público**. Revista Paulista de Pediatria. São Paulo, v. 26, n. 1. 2008.
- FELIPE, G. F. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa. Universidade Estadual do Ceará. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2013**.
- KOLANKIEWICZ, F. GIOVELLI, F.M.H.; BELLINASSO, M. L. B. **Estudo do perfil lipídico e da prevalência de dislipidemias em adultos**. RBAC. V. 40, n. 4. 2008.
- LEHNINGER, A. L. **Princípios de Bioquímica**. 4ª ed. São Paulo: Sarvier, 2006.
- MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.
- MEYER, D. E. E. *et al.* **“Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6. 2006.

OLIVEIRA, D. L. **A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação.** Rev Latino-am. Enfermagem, v. 13, n. 3. p. 423-431. 2005.

PAIM, J. J. **Planejamento em Saúde para não especialistas.** In: CAMPOS, G. W. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hicitec/Fiocruz, 2006.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI A. F. **Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica.** O mundo da saúde. São Paulo: vol. 31, n. 3, p. 320-328. 2007

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose.** São Paulo, v. 88, Supl. 1, Abril 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose.** Rio de Janeiro, v. 101, n. 4, Supl. 1, Out. 2013.

TANCREDI, F. B. et al. **Planejamento em saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.2).