

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARIANNIS NIEVES LOPEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR OS HÁBITOS NUTRICIONAIS
DE PACIENTES COM TRASTORNOS LIPÍDICOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MARCELO PONTEL GOMES EM BELO
HORIZONTE - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

ARIANNIS NIEVES LOPEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR OS HÁBITOS NUTRICIONAIS
DE PACIENTES COM TRASTORNOS LIPÍDICOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MARCELO PONTEL GOMES EM BELO
HORIZONTE - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

ARIANNIS NIEVES LOPEZ

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR OS HÁBITOS NUTRICIONAIS
DE PACIENTES COM TRASTORNOS LIPÍDICOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MARCELO PONTEL GOMES EM BELO
HORIZONTE - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Bruno Leonardo de Castro Sena - orientador

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 27/06/2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha família, pelo seu apoio e compreensão nos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao meu orientador, sempre me ajudando e sendo muito compreensivo.

À equipe de saúde verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes em BH/MG.

A todas as pessoas que me ajudaram a realizar deste projeto.

DEDICATORIA

À todas as pessoas que me ajudaram para a realização deste trabalho, em especial a minha equipe de saúde.

“A educação é um processo social, é desenvolvimento, não é preparação para a vida, é a própria vida”

John Dewey

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo propor um plano de ação para diminuir o número de pacientes com dislipidemias, atendidos pela equipe verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes em Belo Horizonte-Minas Gerais. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, através do método da Estimativa Rápida, identificando os principais problemas da equipe, foram planejadas intervenções que garantam a modificação do estilo de vida dos pacientes com dislipidemias. Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos disponível em base de dados da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram também utilizados dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e dados dos arquivos próprio do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes. O plano de ação foi baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional. Concluiu-se que as dislipidemias tem grande incidência na área de abrangência da equipe, pelo que é necessário orientar aos pacientes e suas famílias sobre os principais fatores de risco dessa doença, já que constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças. Hoje em dia seu controle é um desafio na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Dislipidemias. Fatores de Risco. Intervenções.

ABSTRACT

The objective of this study was to propose a plan of action to reduce the number of patients with dyslipidemias, assisted by the green team of the Marcelo Pontel Gomes Health Center in Belo Horizonte-Minas Gerais. After performing the situational diagnosis and knowing the territory studied, through the Quick Estimate method, identifying the main problems of the team, interventions were planned to ensure the lifestyle modification of patients with dyslipidemias. For the construction of this project, scientific works were used available in a database of the Virtual Library of the Nucleus of Education in Collective Health and of the Virtual Health Library. Data were also used available at the Municipal Health Department of Belo Horizonte and data from the archives itself. Marcelo Pontel Gomes Health Center. The action plan was based on the Strategic Situational Planning method. It was concluded that dyslipidemias have a high incidence in the area of the team, so it is necessary to guide patients and their families about the main risk factors of this disease, since it is an important risk factor for the development of other diseases. Nowadays, its control is a challenge in Primary Health Care.

Keywords: Dyslipidemia. Risk factors. Interventions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TG	Triglicérides
UBS	Unidade Básica de Saúde
VLDL	Lipoproteína de Muito Baixa Densidade

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, Belo Horizonte, Minas Gerais.....	18
Quadro 2 - População da área de abrangência da equipe de saúde verde, por sexo e faixa etária. Belo Horizonte 2017.....	19
Quadro 3 - Valores de referencia dos lípides para indivíduos > 20 anos de idade.....	28
Quadro 4 - Classificação de Fredrickson.....	29
Quadro 5 - Estatinas na prática clínica.....	33
Quadro 6 - Desenho das operações para os nós críticos. Proposta de intervenção para diminuir a incidência e prevalência de as dislipidemias na equipe verde, centro de saúde Marcelo Pontel Gomes.....	37
Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, Minas Gerais.....	38
Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, Minas Gerais.....	39
Quadro 9 Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, Minas Gerais.....	40
Quadro 10 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, Minas Gerais.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Contextos Gerais do Município.....	12
1.2 Contextos da UBS Marcelo Pontel Gomes.....	14
1.3 Características da Equipe de saúde da Família verde, território e da comunidade.....	16
1.4 Problemas identificados. (Primeiro Passo).....	17
1.5 Priorizações dos problemas. (Segundo Passo).....	18
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral.....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
5.1 Problemática da Dislipidemia.....	26
5.2 Definição da dislipidemia.....	26
5.3 Classificação de as dislipidemia.....	27
5.4 Fatores de risco de as dislipidemias.....	30
5.5 Tratamentos não farmacológicos.....	31
5.6 Tratamentos farmacológicos.....	32
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	35
6.1 Descrições do problema (Terceiro Passo).....	35
6.2 Explicações do problema (Quarto Passo).....	36
6.3 Seleções dos Nós críticos (Quinto Passo).....	36
6.4 Desenhos das operações (Sexto Passo).....	36
6.5 Gestão do Plano de Ação	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Fundação Portuguesa de cardiologia as dislipidemias é um termo usado para designar todas as anomalias quantitativas é qualitativas dos lipídeos. É um dos mais importantes fatores de risco cardiovasculares. O consumo exagerado de gorduras na alimentação pode levar à elevação do colesterol total. O excesso de colesterol é prejudicial à saúde, pois, aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (POZZAN *et al.*, 2004).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 12,5% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (18,4 milhões) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto. Na área urbana a proporção estimada foi de 13,0%, e na área rural de 10,0%. As Regiões Sudeste, Sul e Nordeste apresentaram percentuais deste indicador equivalentes estatisticamente ao nível nacional, 13,3% e 13,0% e 12,2%, respectivamente. As Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram proporções abaixo da média nacional: 10,2% e 11,0%, respectivamente (SILVA, 2013).

No Brasil, as mulheres apresentaram proporção maior de diagnóstico médico de colesterol alto (15,1%) do que os homens (9,7%). Esse comportamento também ocorreu em todas as Grandes Regiões. A frequência de pessoas que referiram diagnóstico médico de colesterol alto é mais representativa nas faixas de maior idade: 25,9% das pessoas de 60 a 64 anos de idade, e 25,5% das pessoas de 65 a 74 anos de idade e 20,3% para aqueles com 75 anos ou mais. A proporção de brancos que referiram colesterol alterado (13,4%) foi maior que para pretos e pardos, com percentuais de 11,2% e 11,8%, respectivamente. Por nível de instrução, os percentuais foram: 15,8% daqueles sem instrução e fundamental incompleto; 14,3% daqueles com nível superior completo; 10,1% para fundamental completo e 9,1% para médio completo (POZZAN *et al.*, 2004).

1.1 Contexto Geral do Município

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital do estado de Minas Gerais. Com uma área de aproximadamente 330 km², possui uma geografia diversificada, com morros e baixadas, distando 716 quilômetros de Brasília, a capital nacional. Cercada

pela Serra do Curral, que lhe serve de moldura natural e referência histórica, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro sob influência das ideias do positivismo, num momento de forte apelo da ideologia republicana no país. Sua população estimada é de 2,5 milhões de habitantes, sendo o 6º município mais populoso do país, segundo o IBGE. De acordo com a estimativa realizada pelo IBGE em 2017, sua população era de 2 523 794 habitantes, sendo o município com maior população no estado de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil.

A Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)-BH consiste de 147 centros de saúde, 583 Equipes de Saúde da Família (ESF), 300 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 58 Equipes de Saúde Mental (ESM), 60 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 academias da cidade, que constituem a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Para continuidade do cuidado, conta com as unidades da Rede Complementar, da Rede de Urgências e Emergência no total de 67 hospitais sendo estes: conveniados com o SUS, convênios e unidades próprias.

Com relação à educação segundo o IBGE 2010 Belo Horizonte com a taxa de :51,34% E 35% respectivamente completaram o ensino fundamental e médio o município também implantou o sistema de educação infantil que atende crianças de 06 meses a 6 anos com mais de 120 unidades (BELO HORIZONTE, 2014-2017).

Quanto aos aspectos demográficos, a cidade apresenta uma taxa de crescimento anual de 59%, a densidade demográfica é de 7 491,09 hab./Km², com uma proporção de 14,2% de moradores abaixo da linha de pobreza (dados de 2000). Em 2010, 95,6% da população vivia acima da linha de pobreza, 3% encontrava-se entre as linhas de indigência e de pobreza e 1,4% estava abaixo da linha de pobreza. Segundo o Cadastro Único dos Programas do Governo Federal (CadÚnico), a base de dados atual é de 185.909 famílias, das 70.913 mil são beneficiárias do Bolsa Família, ou seja, possuem renda per capita de até R\$140,00 (BELO HORIZONTE, 2014-2017).

Na região nordeste de Belo Horizonte possui 274.060 habitantes, sendo 47,4% homens e 52,6% mulheres. A extensão territorial da região é de 39,59 km²,

caracterizando uma densidade demográfica de 6.922,28 hab./km². Possui uma grande discrepância, já que na parte mais à sudoeste a região possui alto grau de desenvolvimento, já que na periferia a situação é diferente (BELO HORIZONTE, 2013).

Nesta região localiza-se um dos maiores pólos comerciais de Belo Horizonte, formado pelos locais comerciais Minas Shopping, Center Minas (primeiro Power shopping de Belo Horizonte, com megalojas como Leroy Merlin e Supermercados BH), Minas Casa (*shopping street*), shopping Conviva Minas, que inclui uma loja dos Hipermercados Extra, Localiza *Rent Car* e por hotéis como Ouro Minas Palace Hotel, único hotel 5 estrelas do estado de Minas Gerais (BELO HORIZONTE, 2013).

1.2 Unidade Básica de Saúde Marcelo Pontel Gomes

A Unidade de Saúde Marcelo Pontel Gomes do bairro Vitoria está situado na região nordeste de BH (figura1), ele foi inaugurada 08/11/2007. Está situada na área central do bairro. Já foi construída com a finalidade de ser UBS e a sua arquitetura adequada. A área física tem sido considerada pequena por comportar (03) três equipes de saúde, considerando a grande demanda atendida com uma população de 16.230 pessoas cadastradas e 5.117 famílias.

A unidade básica de saúde (UBS) conta com a sala de administração, sala de reunião, onde acontecem os grupos operativos, comissões locais, planejamento familiar, entre outros eventos, tem sala de vacina, sala de observação, sala de curativo, farmácia, sala de triagem, um refeitório e sete consultórios.

O horário de funcionamento da unidade de saúde é de 7:00 às 18 horas, tem um total de 61 trabalhadores. Há mais de dois anos a unidade não tem o apoio de um médico ginecologista, e há 9 meses sem pediatra assim dificultando a assistência à saúde da população.

A característica da comunidade que está inserida no território da UBS Marcelo Pontel localizada na parte central do bairro se formou há 17 anos devido ao crescimento demográfico e implantação de conjuntos habitacionais. As atividades

comerciais são o ponto forte do bairro. A população empregada atua no comércio e no serviço público, também é crescente a prestação de serviços, salão de beleza, e da economia informal. O bairro foi construído em cima de um planejamento aprovado pela prefeitura, mas tem partes do bairro mais antigo que ainda não tem saneamento básico.

A Unidade de Saúde conta com os seguintes recursos comunitários:

- Centro de Saúde
- UMEI Jardim Vitória I e II
- Escola Municipal Helena Abdala
- Escola Municipal Jardim Vitoria
- Escola Municipal Souza Lima (Vila Maria)
- Escola Estadual De Ensino Médio (Henriqueta Lisboa) - (Inaugurada Em Fevereiro/2010)
- UMEI Vitoria – Inaugurada Em 2015
- 04 Igrejas Católicas
- 41 Igrejas Evangélicas
- 02 Centros Espíritas
- Associação de Moradores do Bairro Jardim Vitória
- Associação de Moradores Bairro Vitoria
- CRAS Vila Maria

Figura 1 - Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes



Fonte: Google Maps (2018).

1.3 Características da Equipe de saúde da Família verde, território e da comunidade.

A equipe verde da unidade tem uma população de 5395 usuários e 1.796 famílias, dados atualizados pela secretária Municipal de saúde. Esta equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, existindo uma microárea sem ACS, estando há 2 anos descoberta, gerando um maior trabalho por parte da equipe.

Contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem os seguintes profissionais de saúde: Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, profissional de educação física e Fonoaudiólogo.

Temos também como apoio a saúde Mental (Psicólogo e Psiquiatra), serviço social, a equipe de saúde bucal que é composta por um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal e um auxiliar de saúde bucal.

A equipe reúne-se semanalmente numa reunião de uma hora para organização e planejamento das atividades da mesma. Temos apenas uma Sexta feira do mês para realização de visitas domiciliares, que são agendadas pela equipe conforme demanda.

Minha agenda do trabalho é organizada com o seguinte fluxo diário: 12 pacientes agudos (demanda espontânea) de todas as equipes e 10 pacientes da agenda programada que incluem: puericultura, pré-natal, hipertensos, diabéticos e doenças crônicas incluindo saúde mental e outras.

Desta forma de agendamento propõe-se atender um maior número de pacientes com uma qualidade do processo de trabalho, garantindo assim a continuidade do tratamento nos casos de quadros crônicos e uma assistência imediata dos casos de agudos que procuram atendimento médico.

1.4 Problemas identificados

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. O problema de maior relevância na equipe verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes foi Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias).

É por isso que fizemos uma análise com equipe de saúde e foi determinado um grupo de problemas que afetam à população e que interferem em seu estado de saúde.

Os principais problemas identificados foram as seguintes:

- 1- Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)
- 2- Alta Prevalência e incidência de hipertensão arterial.
- 3-Alta incidência de asma bronquial
- 4-Alta incidência de sífilis
- 5- Alto consumo de medicamentos psicotrópicos.
- 6-Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde

1.5 Priorizações dos problemas identificados

Tendo em conta os valores de baixo, médio e alto em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foi feita a priorizações dos problemas identificados sendo prioritário neste momento a alta prevalência e incidência de transtornos de os lipídios. Essa doença tem uma alta incidência em nosso Centro de Saúde, o atendimento se incrementa cada dia mais por essa causa.

Quadro 1

Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, Belo Horizonte, Minas Gerais.				
Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/Priorização
Alta prevalência e incidência de transtornos de os lipídios(Dislipidemias)	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência e incidência de hipertensão arterial	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de Asma bronquial sífilis.	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de Sífilis	Alta	5	Parcial	3
Alto consumo de medicamentos psicotrópicos	Alta	3	Parcial	3
Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde	Alta	2	Fora	4

Fonte: Autoria Própria (2018)

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total parcial ou fora.

*Ordenar considerando os três itens

Quadro 2 - População da área de abrangência da equipe de saúde verde, por sexo e faixa etária. Belo Horizonte (2017).

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total	%
< 1 mês	4	1	5	
1 a 11 meses	23	32	55	
1 a 4 anos	165	184	349	
5 a 9 anos	195	214	409	
Sub- Total crianças	387	431	818	15, 16 %
10 a 14 anos	209	187	396	
15 a 19 anos	222	184	406	
Sub- Total adolescentes	431	371	802	14, 87 %
20 a 24 anos	217	195	412	
25 a 29 anos	221	177	398	
30 a 34 anos	309	259	568	
35 a 39 anos	377	329	706	
40 a 44 anos	259	232	491	
45 a 49 anos	191	174	365	
50 a 54 anos	150	109	259	
55 a 59 anos	132	93	225	
Sub- Total adultos	1856	1568	3424	63, 47 %
60 a 64 anos	89	62	151	
65 a 74 anos	79	62	141	
75 a 79 anos	21	6	27	
Maior ou igual a 80 anos	22	10	32	
Sub- Total Idosos	211	140	351	6, 51%
TOTAL	2885	2510	5395	100,00 %

Fonte: SIAB (2017).

Como se observa nos quadros há um predomínio do sexo feminino com 2885. Nosso centro de saúde atende uma população de baixo risco, as características individuais de as famílias, a comunidades não tem muitas deferências, desde o ponto de vista econômico, e são poucas sociais.

2 JUSTIFICATIVA

O colesterol elevado apresenta evidências para ser classificado como o principal fator de risco modificável em estudos caso-controle, observacionais, genéticos e de tratamento, sendo a mortalidade por DAC a principal causa de morte no país. (SBC, 2013). Para o controle de colesterol, principalmente nos níveis de LDL-C, as mudanças no estilo de vida, uso correto de fármacos, ao longo da vida, jogam um importante papel, na redução de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

As dislipidemias são extremamente comuns na população geral, na maioria dos casos assintomática (PINHO *et al.*, 2015). Esta doença possui um significado clínico essencial, representando um fator de risco importante no desenvolvimento da aterosclerose e futuras doenças vasculares, principalmente doença coronariana. Em estudos realizados em países industrializados ocidentais, observasse cifras de colesterol total acima de 200 mg/dl (5,17 mmol/L) em mais de dois terços da população adulta (PINHO *et al.*, 2015).

No Brasil os níveis séricos de colesterol total (CT) foram avaliados em várias regiões. Trabalhos realizados em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 35 ± 10 anos, evidenciou que 38% dos homens e 42% das mulheres tinham CT > 200 mg/dl, no ano 1998, neste estudo os valores do CT foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A causa de mais da metade das mortes ocorridas pela obstrução da artéria coronária, se devem principalmente aos níveis elevados de colesterol. Até 15% dos pacientes com infarto do miocárdio prematuro têm distúrbios lipídicos do caráter subjacente, hereditária e dominante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Cerca de 40% da população adulta brasileira, em 2002 tinham colesterol elevado, as cidades com mais casos foi Santos (com 57%) e a com a menor foi Brasília (com 30%), atribuindo-se cerca de 40 % com histórico familiar de doenças coronárias.

Outro estudo realizado em Brasil, no ano 2005, evidenciou que no Salvador, a prevalência de níveis muito altos de triglicerídeos em adultos (240mmol/L ou mais) foi de 27% dos homens e 30% das mulheres. Em outros países da América, incluindo México e Estados Unidos a prevalência de dislipidemia alcança cerca de 60% dos adultos (PINHO *et al.*, 2015).

Em estudos realizados em México, o aumento de os lipídeos a sido frequente em pessoas jovens, o qual tem relação a alimentação com alto conteúdo em gorduras saturadas e carbo-hidratos, além do sedentarismo. Na Venezuela em pesquisa realizada no período 2006- 2007 foram constatados que de 1.251 pacientes avaliados 94,1% mostraram Dislipidemias; 31,7 % portavam hipertrigliceridemia com HDL baixo, 26,1% HDL isolada e 11,8% HDL mista (FURGIONE, 2009).

Em pacientes com doenças cardiovasculares associados a DM, hipertensão arterial e hipotireoidismo o valor recomendado de LDL-C é < 70 mg\dl, sendo de < de 100 mg\ dl em pessoas com risco intermediário e < de 130 mg\dl em pessoas com o risco baixo (SANTOS, 2013).

O acompanhamento nutricional em pacientes diagnosticados com dislipidemias constitui um papel importante no tratamento, sendo alimentação o fator essencial para o controle metabólico melhor, assim como os adequados estilos de vida (perda de peso), atividade física e controle de patologias de base do paciente (XAVIER *et al.*, 2013).

O consumo de alimentos ricos em carboidratos, ácidos gordos saturados e excessiva quantidade de calorias, aumentam os níveis séricos de CT e TG, sua vigilância contribui de maneira eficaz para o melhor perfil lipídico (XAVIER *et al.*, 2013).

A verificação do perfil lipídico é efetuada pelos métodos indireto e direto, para dosagem de LDL-C, sendo utilizada só para TG < de 400 mg\dl a equação de Friedewald ($LDL-C = CT - HDL-C - TG \div 5$). A coleta ao paciente tem que ser feita após 12-14 horas de jejum, mantendo controle de peso e alimentação normal, evitando a

realização de exercícios físicos nas 24 e 72 horas antes de fazer o exame, assim como evitar o consumo de bebidas alcoólicas (ABADI; BUDEL, 2017).

Um problema de saúde detectado em minha área de abrangência é a alta prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias), devido aos maus hábitos dietéticos, estilos de vidas inadequados e falta de conhecimento desta doença por parte da população. É um problema muito importante, em minha área de abrangência e são muito frequentes os fatores de risco que tem relação com esta doença, pelo que as modificações de estilo de vida, constituem um importante processo terapêutico na prevenção dessa doença, a prática de atividade física, alimentação adequada, controle de peso, tabagismo, são fatores de risco que devem ser controladas. Por isso foi necessário elaborar um projeto de intervenção e ações comunitárias, para diminuir o número de pacientes atendidos por esta doença. Assim a partir da abordagem multidisciplinar e levando informações aos pacientes de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que os resultados contribuam com mudanças comportamentais por parte da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação para diminuir o número de pacientes com transtornos de lipídios, atendidos pela equipe verde do centro de saúde “Marcelo Pontel Gomes” em Belo Horizonte/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Priorizar os principais problemas que afetam a equipe de saúde verde, da UBS;
- Verificar a situação dos portadores de Dislipidemias da equipe de saúde verde;
- Criar fontes de informação, através de grupos operativos, evidenciando a importância de seguir novo estilo de vida, que proporcionem melhoras a saúde do paciente;
- Programar e um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do bairro Vitoria de forma a diminuir a incidência da doença;
- Estabelecer estratégias dirigidas às mudanças de hábitos de vida dos pacientes com dislipidemias.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho para sua elaboração foi feito em três etapas: o diagnóstico situacional em saúde (pelo método da Estimativa Rápida), revisão da literatura sobre o tema a investigar e a elaboração do plano de ação.

Este trabalho teve como objetivo diminuir o número de pacientes atendidos com transtornos de os lipídios e melhorar a saúde de os mesmos. O estudo foi realizado no ano 2017, no centro de saúde Marcelo Pontel Gomes, localizado no bairro Vitoria na região nordeste da cidade de Belo Horizonte/Minas Gerais.

Para a fundamentação teórica deste projeto foi feito pesquisa bibliográfica utilizados em trabalhos científicos encontrados nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual do NESCON/UFMG, SciELO, entre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. Outros dados importantes utilizados serão os disponíveis na secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte, dados do Ministério da Saúde e arquivos da UBS e ESF do “Marcelo Pontel Gomes”. Os descritores de saúde utilizados no trabalho foram: Dislipidemias, Fatores de risco, Intervenções, Planejamento. Este trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem é outros profissionais de apoio e população adstrita à Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes.

Para o desenvolvimento do plano de ação foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo que para o reconhecimento do território e definição dos problemas, utilizou-se o método de Estimativa Rápida. Foram propostas algumas intervenções por parte da equipe de saúde, a fim de garantir a mudança dos hábitos e estilos de vida da população.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Problemáticas da Dislipidemia

As estimativas da Organização Mundial de saúde descreve que a dislipidemia está associada com mais da metade de todos os casos de doença de coração isquêmica (danos ao músculo cardíaco causado por bloqueios no fornecimento de sangue ao coração) e apresentando-se mais de 4 milhões de mortes por ano. Estima-se que dois terços dos pacientes dislipidêmico em todo o mundo têm níveis elevados de LDL-C, também conhecido como "mau" colesterol, isoladamente ou em conjunto com triglicérides elevados e/ou baixos níveis de lipoproteína de alta densidade de colesterol (HDL-C) também conhecido como colesterol "bom" (JORGE *et al.*, 2012).

O colesterol é uma substância que se situa nas células do corpo, encontrando-se também em alguns alimentos. Para a produção de algumas vitaminas exemplo, vitamina D, substâncias necessárias na digestão dos alimentos, além de hormônios o corpo precisa de algum colesterol, quando ele se encontra no sangue durante muito tempo se acumula nas paredes das artérias, aparecendo uma condição conhecida como aterosclerose, elevando assim o risco de doença cardíaca e derrame (JORGE *et al.*, 2012).

Esta doença é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência dos problemas cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares como aterosclerose, infarto agudo do miocárdio, afecção isquêmica do coração, tendo em conta o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídios (ANVISA, 2011).

5.2 Definições de Dislipidemias

A dislipidemia, segundo Goldberg (2013) é definida como alteração de os níveis séricos dos lipídios, elevando o colesterol plasmático, triglicérides, ou ambos; não apresenta dor ou desconforto estar sofrendo isso, já que geralmente é assintomática, mais às vezes pode ocorrer xantomas no tendão de Aquiles, cotovelo e joelho, sendo mais frequentes em as articulações metacarpo falangeanas, sintomas apresentados quando as concentrações de LDL são muito elevadas.

Haddad e Gelas (2014) definem as dislipidemias como altos níveis de gorduras circulando no sangue, essas gorduras incluem colesterol e triglicérides, que são importantes para que o corpo funcione.

As dislipidemias significam modificações nos níveis lipídicos na circulação, qualificando toda alteração incluindo o metabolismo lipídico (CARDOSO, 2011).

De acordo com Faria, Dalpino e Takata (2008) a dislipidemia aparece na infância de forma silenciosa e só se mostra nas pessoas adultas, dependendo do modo e estilos de vida, sendo na maioria dos casos assintomática.

5.3 Classificações de as Dislipidemias

As dislipidemias têm diversas classificações em a atualidade, hoje em dia as mais utilizadas pelos profissionais da saúde e de acordo a classificação laboratorial e etiológica. Bertolami (2014) as descreve desde o ponto de vista etiológico, em primárias e secundárias; relacionando-se as primárias com um caráter genético e as secundárias propiciadas por estilos e hábitos de vida inadequados.

Segundo as III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias 2001, elas podem ser classificadas em:

➤ **Classificação laboratorial:**

Hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total- CT e ou LDL-colesterol LDL-C):

- Hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicérides-TG)
- Hiperlipidemia mista (aumento do CT e dos TG).
- Diminuição isolada do HDL-colesterol (HDL-C) ou associada a aumento dos TG ou LDL-C.

Quadro 3 - Valores de referência dos lípides para indivíduos > 20 anos de idade

Valores de referencia dos lípides para indivíduos > 20 anos de idade		
Lípides	Valores	Categoria
CT	< 200 200 – 239 > o igual 240	Ótimo Limítrofe Alto
LDL-C	< 100 100 -129 130 - 159 160 – 189 > o igual a 190	Ótimo Desejável Limítrofe Alto Muito alto
HDL-C	< 40 > 60	Baixo Alto
TG	< 150 150 – 200 200 – 499 > o igual a 500	Ótimo Limítrofe Alto Muito Alto

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGISTA (2001).

➤ **Classificação Etiológica:**

Dislipidemias primárias origem genética: As Dislipidemias primárias ou sem causa aparente poderá ser classificada genotipicamente ou fenotipicamente por meios de análises bioquímicas. Na classificação genotípica as dislipidemias se dividem em monogénicas, causadas por mutações em um só gene e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações. A classificação fenotípica ou bioquímica considerada os valores de CT, LDL-C, TG e HDL-C, compreende quatro tipos principais bem definidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Dislipidemias secundárias: São causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes mellitus (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteroides, anabolizantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGISTA, 2001). Segundo Faludi (2017) as dislipidemias

primárias são aquelas nas quais o distúrbio lipídico é de origem genética, correspondendo as secundárias a estilos de vida inadequados, condições mórbidas, ou de medicamentos.

- **Hipercolesterolemia isolada:** aumento isolado do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL).
- **Hipertrigliceridemia isolada:** aumento isolado das triglicérides (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum).
- **Hiperlipidemia mista:** elevação do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL) e dos TG (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). Às hiperlipidemias mista existe quando o não HDL-c \geq 190 mg/dL.
- **HDL-c baixo:** diminuição do HDL-c (homens $<$ 40 mg/dL e mulheres $<$ 50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

A classificação de Fredrickson é hoje pouco utilizada na prática médica, ela tem por base a separação eletroforética e ou por ultracentrifugação das frações lipoproteicas, distinguindo-se seis tipos (FALUDI *et al.*, 2017).

Quadro 4 - Classificação de Fredrickson

Fenótipo	Aparência do soro após 24 horas em geladeira	Lipoproteína elevada	Colesterol	Triglicérides	Aterogenicidade
Tipo I	Camada superior cremosa	Quilomícron	Normal a \uparrow	$\uparrow\uparrow\uparrow$	Não
Tipo IIA	Transparente	LDL	$\uparrow\uparrow$	Normal	+++
Tipo IIB	Turvo	LDL e VLDL	$\uparrow\uparrow$	$\uparrow\uparrow$	+++
Tipo III	Turvo	IDL	$\uparrow\uparrow$	$\uparrow\uparrow\uparrow$	+++
Tipo IV	Turvo	VLDL	Normal a \uparrow	$\uparrow\uparrow$	+
Tipo V	Camada superior cremosa e inferior turva	VLDL e quilomícron	Normal a \uparrow	$\uparrow\uparrow\uparrow$	+

Fonte: III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias (2008).

5.4 Fatores de risco de as dislipidemias

Existem diversos fatores de risco associados ao desenvolvimento das dislipidemias, descritos nas literaturas. Miranda (2009) em um estudo feito no município de Belém conclui que o estado nutricional apresenta forte associação com o aumento do risco de produzir concentrações elevadas de LDL, colesterol e triglicérides séricos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências (SILVA, 2013).

Entre os fatores de risco mais comuns se encontram: sexo feminino (no sempre presente), colesterol HDL baixo, pressão arterial elevada, tabagismo, doenças endócrinas (Diabetes Mellitus e Hipotireoidismo), história familiar de doenças cardiovasculares, obesidade, sedentarismo, sendo os inadequados hábitos alimentares o de maior importância, e por isso que as mudanças no estilo de vida joga um papel fundamental para lograr a diminuição dos pacientes atendidos por dislipidemias (PINHO *et al.*, 2015).

Os cuidados com o estilo de vida incluem: interrupção do tabagismo (se for o caso), consumo alimentar adequado, com restrições e acréscimos, conforme o caso, e obtenção de peso corpóreo próximo do ideal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O tabagismo é um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde, podendo contribuir para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como doenças respiratórias, cardiovasculares, entre outras (SILVA, 2013).

Em a população o controle dos pacientes para desenvolver Dislipidemia é muito difícil, sendo os maus hábitos alimentares e a prática insuficiente de exercícios físicos os principais fatores de risco presentes nesta doença (ZAROS, 2009).

5.5 Tratamento não farmacológico

Alterar ou modificar o estilo de vida é uma tarefa difícil, entretanto a educação em saúde é uma opção fundamental, devendo ser continua por parte de todos os profissionais de saúde em Atenção Primária, para conduzir as pessoas a essas modificações, segundo Santos e Lima (2008).

Os alimentos ingeridos são imprescindíveis para o controle dos níveis da LDL e HDL, sendo as gorduras classificadas em três categorias: poliinsaturadas, monoinsaturadas e saturadas (LYRA; CAVALCANTI; LINS, 2016).

O padrão alimentar deve ser resgatado por meio do incentivo à alimentação saudável, juntamente da orientação sobre a seleção dos alimentos, o modo de preparo, a quantidade e as possíveis substituições alimentares, sempre com o objetivo de lograr mudança do estilo de vida (FALUDI *et al.*, 2017).

Entre os cuidados alimentares estão às restrições ao consumo de alimentos ricos em ácidos graxos saturados, bem como o estímulo para aumentar a ingestão de ácidos graxos poli e monoinsaturados, legumes, verduras, frutas e cereais. Nos casos de hipertrigliceridemia, além dessas medidas, deve-se estimular a redução do consumo de hidratos de carbono simples (particularmente os açúcares e massas) e de bebidas alcoólicas, consumo regular de verduras, legumes, frutas e cereais. Também tem sido recomendada, particularmente para os indivíduos que necessitam reduções discretas da colesterolemia, ou em adição aos medicamentos hipolipemiantes. O exercício físico é muito importante em pacientes com esta doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Para diminuir o consumo de ácidos graxos saturados, aconselha-se a restrição na ingestão de gordura animal (carnes gordurosas, leite e derivados) polpa de côco e de alguns óleos vegetais (dendê e côco) no preparo dos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001).

Devem ser adotadas, com frequência de três a seis vezes por semana, sessões de em média, 40min de atividade física aeróbia. A zona alvo do exercício aeróbio deve

ficar na faixa de 60% a 80% da frequência cardíaca máxima, observada em teste ergométrico, realizado na vigência dos medicamentos de uso corrente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001).

Em pacientes com hipertrigliceridemia o consumo de bebidas alcoólicas não é recomendado, a combinação de um consumo excessivo de etanol e ácidos graxos saturados potencializa a elevação da trigliceridemia (FALUDI *et al.*, 2017).

De forma geral o tratamento de as dislipidemias esta encaminhada a redução de complicações causadas por esta doença.

5.6 Tratamento Farmacológico

Avanços importantes foram obtidos com o desenvolvimento de hipolipemiantes com potenciais crescentes para redução da hipercolesterolemia, proporcionando a obtenção das metas terapêuticas, especialmente do LDL-C. Além das estatinas, resinas e ezetimiba, novas classes têm sido investigadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Os hipolipemiantes são medicamentos usados no tratamento de dislipidemias, empregados quando não houver efeito satisfatório do tratamento não farmacológico (ANVISA, 2011). Os medicamentos mais usados encontram-se os seguintes grupos: Estatinas, Ezetimiba, Colestiramina, fibratos e ácido nicotínico. (ANVISA, 2011).

Os mais utilizados na pratica medica e de melhor aceso pelos pacientes são as estatinas.

➤ ESTATINAS

As estatinas diminuem os TG, mediante a elevação da expressão de LDL-R, pela remoção de lipoproteínas ricas em triglicérides do plasma. Com relação ao HDL-C, as estatinas elevam os níveis plasmáticos por um conjunto de efeitos, sendo estas: estímulo na síntese de apo AI, ABCA1 e ABCG1, inibição da síntese de CETP e do substrato para a troca de triglicérides por colesterol éster via CETP, além das lipoproteínas VLDL, IDL e LDL. No entanto, nos estudos de prevenção primária ou

secundária com estatinas, a variação do HDL-C ou TG não influenciou a redução de eventos cardíacos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Em literaturas revisadas as estatinas mais utilizadas são: Sinvastatina, Lovastatina, Pravastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Fluvastatina, podendo ser administrados associados a outros medicamentos (Ezetimiba, Colestiramina, fibratos e ácido nicotínico) (ANVISA, 2011).

Em estudo científico realizado no ano 2010, concluiu-se que as prevenções de mortalidade no tratamento da dislipidemia são para a sinvastatina e pravastatina (ANVISA, 2011). Tanto a atorvastatina como a lovastatina diminuem desfechos cardiovasculares e mortalidade em pacientes com histórico desses eventos (ANVISA, 2011).

Netos fármacos são administrados por via oral, geralmente em dose única preferivelmente a noite para os fármacos de curta -meia vida, sendo os de meia-vida maior em qualquer horário, segundo Laurinavicius (2013).

Quadro 5 - Estatinas na prática clínica

Medicamentos	Nome Comercial	Apresentação em mg	Dose em mg 1 vez por dia	Lipofílica	Metabolismo	Meia-vida (em horas)
Lovastatina	Mevacor	10, 20 e 40	10 a 80	sim	CYP 450 3A4	3
Sinvastatina	Zocor	5, 10, 20, 40 e 80	10 a 80	sim	CYP 450 3A4	2
Pravastatina	Pravacol	10, 20 e 40	10 a 40	não	Glucoronização	1,8
Fluvastatina	Lescol	10, 20 e 40	10 a 80	+/-	CYP 450 2C9	1,2
Atorvastatina	Lipitor	10, 20, 40 e 80	10 a 80	sim	CYP 450 3A4	14
Rosuvastatina	Crestor	10 e 20	10 a 40	não	CYP 450 2C9	19

Fonte: Laurinavicius (2013).

➤ **ÁCIDOS GRAXOS ÔMEGA – 3**

São derivados de peixes provenientes de águas frias e profundas e diminui a síntese hepática dos TG utilizados em dose alta (4 a 10 g ao dia), aumentando ligeiramente o HDL-C, sendo os mais empregados (eicosapentaenoico e docosahexaenóico). O tratamento com eles a 1 g/dia, reduz em 10% os eventos cardiovasculares, em pacientes portadores de doença arterial coronária, além de ser utilizados como terapia adjuvante na hipertrigliceridemia ou em substituição a fibratos, niacina ou estatinas em pacientes intolerantes. Hoje em dia são muito empregados pelos pacientes portadores de doenças endócrino metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Além de os medicamentos utilizados em o tratamento das dislipidemias: Estatinas, Ezetimiba, Colestiramina, Fibratos, Ômega- 3 existem novas classes tem sido investigadas, incluindo: Inibidores da proteína de transferência de éster de colesterol; Inibidor da Microsomal Transfer Protein, Inibidores do Proprotein convertase subtilisin Kexin type e Inibidores da síntese de apolipoproteína B (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Uma proposta de intervenção é uma ferramenta de trabalho necessária para uma melhor qualidade durante o processo de atendimento, e planeia um grupo de ações futuras a ser desenvolvidas, segundo Campos, Faria e Santos (2010) nunca estão totalmente terminados, mas deve de estar sempre disponível para orientar e ajudar a equipe que planeja.

Para a realização do plano de ação foi utilizado material do módulo de Planejamento é Avaliação das ações em saúde, do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família oferecida pelo NESCON/UFMG. Mediante o diagnóstico situacional realizada junto a equipe foi feita uma avaliação dos principais problemas encontrados pela equipe é a comunidade.

Em conversa com pacientes foram apreciadas as principais dificuldades, para o controle de as dislipidemias, sendo os inadequados hábitos dietéticos é a falta de conhecimento da doença as de maior importância.

6.1 Descrição do problema

A Dislipidemia é uma doença muito frequente hoje em dia, é de difícil controle por parte da população, constitui um importante fator de risco para outras doenças, principalmente cardiovasculares.

As modificações de estilos de vida são fundamentais no tratamento é prevenção da dislipidemia. Alimentação adequada, as práticas de exercícios físicos, o controle do peso corporal, o tabagismo, são fatores de risco que podem ser modificados e melhorar a saúde da pessoa é aparição da doença, assim como complicações futuras.

6.2 Explicação do problema

É importante dizer que por ser uma doença na maioria dos casos assintomática, pode passar inadvertida no paciente, pelo que as personas doentes não prestam importância ao tratamento médico, não cumprindo com as orientações médicas de forma adequada.

O principal tratamento para o controle de esta doença é a mudanças de estilos de vida, alimentação adequada, praticar exercícios físicos, controle do peso. A dislipidemia é um problema que pode ser resolvido, prevenido e controlado, a promoção é educação de saúde são as ferramentas mais importantes.

6.3 Seleção do nos críticos

Após definição dos principais problemas a enfrentar foram selecionados os nós críticos que poderiam ser modificáveis pela equipe de forma direta e indireta, que representariam mudanças perceptíveis para as comunidades em relação com os problemas escolhidos.

- Hábitos e estilos de vidas inadequadas;
- Informação insuficiente sobre os transtornos lipídicos;
- Oferta insuficiente de medicamentos adequados na rede para tratar as Dislipidemias;
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.

6.4 Desenho das operações

Utilizando como referência os nós críticos encontrados, foi elaborada uma proposta de intervenção, tendo como objetivo diminuir o número de pacientes com transtornos de os lipídios atendidos pela equipe. As ações foram planejadas com o objetivo de eliminar ou minimizar os nós críticos identificados.

Quadro 6 - Desenho das operações para os nós críticos. Proposta de intervenção para diminuir a incidência e prevalência de as dislipidemias na equipe verde, centro de saúde Marcelo Pontel Gomes.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSARIOS
Hábitos e estilos de vidas inadequados	Mudança de hábitos dietéticos Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuição em um mínimo de 50% o número de pacientes com fatores de risco modificáveis obesos, sedentários e tabagismo no prazo de doze meses.	Distribuição de panfletos com orientação sobre alimentação prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias. Realização de palestras	Cognitivo- informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às academias
Informação insuficiente	Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco da dislipidemia	População melhor e mais informada acerca de os principais fatores de risco da doença	Elaboração e distribuição a população de material, panfletos, com orientações sobre a prevenção da doença, fatores de risco, sintomas, tratamento	Cognitivo: informação sobre o tema Político: Articulação Intersetorial. Organizacional: Organização de grupos Financeiro: local, folhetos, radio
Oferta insuficiente de medicamentos adequados na rede	Aumentar o número de medicamentos na rede, para tratar essa doença.	Facilitar o tratamento da doença	Manter uma oferta adequada dos medicamentos nas farmácias e posto de saúde	Financeiro: Oferta de medicamentos Político
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.	Educação Permanente Reunir a equipe de saúde, para abordar temas relacionados com a doença	Melhorar o trabalho da equipe	Elevar a preparação profissional dos membros da equipe	Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: Elaborar a agenda.

Fonte: Autoria Própria (2018).

Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Inadequados hábitos dietéticos
Operação	Viver melhor Transformação de hábitos e estilos de vida
Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida.
Resultados esperados	Diminuição em um mínimo de 50% o número de pacientes com fatores de risco modificáveis obesos, sedentários e tabagismo em um prazo de 12 meses.
Produtos esperados	Grupos operativos, caminhadas, panfletos informativos.
Recursos necessários	Cognitivo- informação sobre o tema é estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às academias e grupos
Recursos críticos	Estrutural: Mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino Financeiro: aquisição de recursos didáticos e audiovisuais
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	12 meses
Responsável pelo acompanhamento das operações	Dra: Ariannis Nieves Lopez Enfermeira Auxiliares de enfermagem ACS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Início 3 meses resultado esperado no prazo de 12 meses

Fonte: Autoria Própria (2018).

Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Educação insuficiente sobre os transtornos de os lipídios.
Operação	Saber Mais Possuir uma População melhor e mais informada acerca de os principais fatores de risco da doença
Projeto	Aumentar o nível de informação da população e da equipe de saúde
Resultados esperados	População melhor e mais informada acerca de os principais fatores de risco da doença
Produtos esperados	Elaboração e distribuição a população de material, panfletos, com orientações sobre a prevenção da doença, fatores de risco, sintomas, tratamento
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema Político: Articulação Intersetorial. Organizacional: Organização de grupos Financeiro: local, folhetos, radio
Recursos críticos	Estrutural: Mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino Financeiro: aquisição de recursos didáticos e audiovisuais
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde Nutricionista Secretaria Municipal de saúde
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	12 meses
Responsável pelo acompanhamento das operações	Dra: Ariannis Nieves Lopez
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Início 3 meses resultado esperado no prazo de 12 meses

Fonte: Aatoria Própria (2018).

Quadro 9 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Oferta insuficiente de medicamentos adequados na rede para tratar as dislipidemias
Operação	Oferta insuficiente de medicamentos adequados na rede
Projeto	Fornecimento de medicamentos
Resultados esperados	Propiciar melhor tratamento da doença
Produtos esperados	Manter uma oferta adequada dos medicamentos nas farmácias e posto de saúde
Recursos necessários	Financeiro: Oferta de medicamentos Político
Recursos críticos	Estrutural: Mobilização social e articulação Intersetorial com a secretaria de Saúde
Controle dos recursos críticos	Secretaria municipal de saúde Secretaria de estado da saúde
Ações estratégicas	Apresentar projeto de estruturação da rede
Prazo	12 meses
Responsável pelo acompanhamento das operações	Dra: Ariannis Nieves Lopez Secretaria de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Início 3 meses resultado esperado no prazo de 12 meses

Fonte: Autoria Própria (2018).

Quadro 10 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Alta Prevalência e incidência de transtornos de os Lipídios (Dislipidemias)”, na população da Equipe de Saúde da Família Verde do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.
Operação	Educação Permanente
Projeto	Reunir a equipe de saúde, para abordar temas relacionados com dislipidemias
Resultados esperados	Melhorar o trabalho da equipe
Produtos esperados	Elevar a preparação profissional dos membros da equipe
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos Organizacional: Elaborar a agenda
Recursos críticos	Cognitivo
Controle dos recursos críticos	Medico Enfermeira
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	6 meses
Responsável pelo acompanhamento das operações	Equipe de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Início 3 meses resultado esperado no prazo de 6 meses

Fonte: Autoria Própria (2018).

6.5 Gestões do Plano de Ação

Para avaliação dos resultados obtidos, propõe-se a realização de reuniões, avaliações é análise do trabalho em desenvolvimento. Tem que ser observado se o prazo determinado para o cumprimento das ações é cumprido.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dislipidemias constituem um dos mais importantes fatores de risco cardiovasculares. O excesso de colesterol é prejudicial à saúde, pois, aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

Este plano de intervenção os permitiu estabelecer um melhor seguimento aos pacientes com dislipidemias atendidas pela equipe de saúde verde da UBS Marcelo Pontel Gomes, além de conhecer as dificuldades da equipe em relação aos problemas identificados na área de abrangência.

Concluiu-se que:

- As Dislipidemias tem uma alta incidência é prevalência na área de abrangência da equipe verde;
- É necessário o empenhamento da equipe a fim de realização de ações para a motivação aos pacientes portadores de dislipidemias (palestras, grupos operativos) contribuindo a melhorar hábitos e estilos de vida saudável, no paciente portador da doença;
- Os principais fatores de risco associados a Dislipidemias incluem: hábitos dietéticos inadequados, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, inatividade física, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas, sendo modificável na maioria dos casos;
- Incumprimento do tratamento farmacológico de maneira adequada e continua por parte do paciente;
- Baixo nível econômico de os pacientes para aceder aos medicamentos não disponíveis na rede do SUS;
- A dislipidemia constitui um importante fator de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares;
- O acompanhamento adequado da equipe em os pacientes com transtornos de os lipídeos diminui atendimentos apresentados por essa doença.
- É necessária a inter-relação com os diferentes setores sociais, para o cumprimento de as ações conjuntas.

As finais de esta intervenção esperaram que se cumpram os objetivos propostos, e que os pacientes incrementem os conhecimentos sobre a doença, visando transformar o modo e estilo de vida e assim os principais fatores de risco, para ter um controle satisfatório dos transtornos de os lipídios em os pacientes da área de abrangência de equipe de saúde verde.

REFERENCIAS

ABADI, L. B; BUDEL, J. M. Cadernos da Escola de Saúde. **Aspectos Clínicos Laboratoriais Das Dislipidemias**, v. 5. n 182-195. p 1-14, 2017. Disponível em: portaldeperiodicos.unibrasil.com.br. Acesso em 21 de maio de 2018.

ANVISA. Saúde e economia. **Dislipidemia**. 2011. Disponível em: portal.anvisa.gov.br/documentos. Acesso em 20/04/2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, PBH: HISTORIA. **Tempos de Arraial**. [online], BELO HORIZONTE, 2007. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade>. Acesso em 01/04/2018.

BELO HORIZONTE. Sistema único de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, 2014-2017.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008** (2013).

BERTOLAMI, A; BERTOLAMI, M. C. Dislipidemias. Dyslipidemias. **Revista Brasileira de Medicina** ; v. 71, n. 12, p. 03, dez. 2014. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=737096&indexSearch=ID>> Acesso em 22/04/2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 01/04/2018.

CARDOSO, A. P. Z. *et al.* Aspectos clínicos e socioeconômicos das dislipidemias em portadores de doenças cardiovasculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p.417-436, 2011.

FALUDI, A. A. *et al.* Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. São Paulo, v. 109 no 2 supl I. 2017.

FARIA, E. C.; DALPINO, F. B.; TAKATA, M. N. Lípides e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes ambulatoriais de um hospital universitário público. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo. v. 26, n 1, p.56-57, 2008.

FUNDAÇÃO PORTUGUESA CARDIOLOGIA. **Dislipidemia**. 2017. Disponível em: www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores.../dislipidemia/. Acesso em 28 de maio de 2018.

FURGIONE, A. S. *et al.* Dislipidemias Primária como fator de riesgo para la enfermedad coronária. **Revista Latinoamericana de Hipertensão**, Caracas. v. 4, n 1, p.5-9, 2009. Disponível em <http://www.readalyc.org/articulo.oa?id=170216824003>. Acesso em 19/05/2018.

JORGE, K. G. *et al.* **Dislipidemias problema que agudiza doenças graves**, 2012. Disponível em: ww.cronica.com.mx/notas/2012/html. Acesso em 30/01/2018.

LAURINAVICIUS, A. G. **Dislipidemia tratamento medicamentoso**. Medicina Net, 2013. Disponível em: http://medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1398/dislipidemias_tratamento_medicamentoso.htm. Acesso em: 28/04/2018.

MIRANDA, T. V. *et al.* **Análise dos fatores associados a Dislipidemias/Analyse of factors associated with dyslipidemias**, 2009. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n3-4/a2342.pdf>. Acesso em 22/04/2018.
PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas**. Brasil, 2013.

PINHO, L. *et al.* Hipertensão e dislipidemia em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. **Renome**. v. 4, n.1, p. 87-101, 2015.

POZZAN, R. *et al.* Dislipidemia, síndrome metabólica e risco cardiovascular. **Rev Socerj**, 17.2 (2004): 97-104.

HADDAD, R. G. **O impacto do Programa “Qualidade de Vida”**, Paraná, 2014.

SANTOS, Z. M.S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 17,n.1.p. 7-10, jan/mar, 2008.

SANTOS, D. R. **Dislipidemias**, São Paulo, 2013. Disponível em <científico.cardiol.br/cnbb/Aulas/Dislipidemias.pdf>. Acesso em 21/04/2018.

SILVA, P. M. **Evitar o acidente vascular cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada**. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose**. São Paulo, v. 77. supl.1,p. 4-37, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose**. São Paulo, v. 88. supl.1, p. 3-28, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose**. Rio de Janeiro, v. 101. supl. 1, p.4-25, 2013.

LYRA, R.; CAVALCANTI, N.; LINS, D. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo. **Síndrome Metabólica: Tratamento com Fibratos**. 22 de Junho de 2006. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/.../sindrome-metabolica-tratamento-com-fibratos>. Acesso em 28/04/2018.

XAVIER, H. T. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 101, n. 4, p. 1-20, 2013.

ZAROS, P.R. *et al.* Effect of 6-months of physical exercise on the nitrate/nitrite levels in hypertensive postmenopausal women. **BMC Womens Health**. 2009; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19545388>. Acesso em: 26/04/2018.