

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

**ERVÊ TOMAZ DE VASCONCELOS**

**PLANO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DAS  
DISLIPIDEMIAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO  
DOMINGOS NO MUNICÍPIO DE ARAPONGA, MINAS GERAIS.**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS**

**2014**

**ERVÊ TOMAZ DE VASCONCELOS**

**PLANO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DAS  
DISLIPIDEMIAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO  
DOMINGOS NO MUNICÍPIO DE ARAPONGA, MINAS GERAIS.**

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: Prof<sup>a</sup> Isabel Yovana Quispe Mendonça

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS**

**2014**

**ERVÊ TOMAZ DE VASCONCELOS**

**PLANO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DAS  
DISLIPIDEMIAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO  
DOMINGOS NO MUNICÍPIO DE ARAPONGA, MINAS GERAIS.**

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: Prof<sup>a</sup> Isabel Yovana Quispe Mendonça

Banca Examinadora

Profa. Isabel Yovana Quispe Mendonça (orientadora)

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:

## RESUMO

No Brasil, as mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas permitiram que ocorresse uma transição nos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade, tornando-se um novo problema de saúde pública. A obesidade é frequentemente associada à hiperlipidemia, hipertensão arterial e ao diabetes mellitus tipo 2, condições sabidamente mórbidas relacionadas com a ocorrência de doenças cardiovasculares. Na Unidade Básica de Saúde de São Domingos no município de Araponga, Minas Gerais, observou-se considerável prevalência de casos de dislipidemias e comorbidades associadas, como a Hipertensão arterial e o Diabetes *mellitus*. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção que permita a redução dos níveis lipêmicos da população adscrita à UBS de São Domingos, Araponga, Minas Gerais. Anteriormente à elaboração do plano, fez-se pesquisa bibliográfica nas bases de dados da LILACS e do SciELO, com os descritores: dislipidemia, educação em saúde, promoção em saúde. Espera-se promover saúde com abordagem do coletivo através de ferramentas mobilizadoras da reflexão e possível mudança dos hábitos nocivos à saúde, estimular atividade física, reeducar hábitos alimentares, combater o tabagismo. A proposta inicial está direcionada para a triagem dos pacientes com dislipidemia, sendo alvo prioritário de investigação a população de hipertensos e diabéticos, uma vez que o risco cardiovascular aumenta na presença de múltiplos fatores condicionantes do processo de adoecimento. Espera-se, ainda, obter maior integração e interação com a comunidade, a fim de estabelecer uma rede de saberes, que facilite a compreensão e o tecimento de respostas continuadas e permanentemente reavaliadas quanto a sua efetividade.

**Palavras chave:** Dislipidemia, Educação em Saúde, Promoção em saúde.

## ABSTRACT

In Brazil, demographic, socioeconomic and epidemiological changes have allowed a transition occurred in dietary patterns, with the gradual reduction of malnutrition and increasing obesity, becoming a new public health problem. Obesity is often associated with hyperlipidemia, hypertension and diabetes mellitus type 2, known morbid conditions associated with the occurrence of cardiovascular diseases. The Basic Health Unit in the municipality of São Domingos Araponga, Minas Gerais, there was considerable prevalence of cases of dyslipidemia and associated comorbidities such as hypertension and diabetes mellitus. Thus, this study aimed to develop an intervention plan that allows the reduction of lipid levels ascribed to the UBS São Domingos, Araponga, Minas Gerais population. Prior to the development of the plan was made in literature databases LILACS and SciELO, with descriptors: dyslipidemia, health education, health promotion. Expected to promote health with the collective approach by mobilizing tools of reflection and possible change of the harmful health habits, encourage physical activity, eating habits reeducate, combat smoking. The initial proposal is targeted for screening of patients with dyslipidemia, with research priority target population of hypertensives and diabetics, since the cardiovascular risk increases in the presence of multiple factors responsible for the disease process. Furthermore, it is expected to obtain greater integration and interaction with the community in order to establish a knowledge network that facilitates understanding and tecimento of continuous responses and constantly reevaluated for effectiveness.

**Keywords** : Dyslipidemias, Health Education, Health Promotion

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes <i>Melittus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
PESB	Parque Estadual da Serra do Brigadeiro
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
JUSTIFICATIVA.....	11
OBJETIVOS.....	12
MÉTODO.....	13
REVISÃO DA LITERATURA.....	14
PLANO DE AÇÃO.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Araponga é um dos municípios sede do Parque Estadual da Serra do Brigadeiro (PESB) e está localizado ao norte da zona da mata do Estado de Minas Gerais, distante a 280 km da capital Belo Horizonte, atualmente com 8152 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sendo 2559 (37.3%) residentes na zona urbana e 5593 (62.7%) residentes na zona rural. Possui uma extensão territorial de 305 km com altitude variando entre 700 e 1980 metros e predomínio de clima tropical úmido.

A cidade faz divisa com oito outros municípios que compõem a microrregião de Viçosa: ao norte com Jequiri, Sericita e Pedra Bonita, ao leste com Fervedouro e Miradouro, ao sul com Ervália e São Miguel do Anta, e a oeste com Canãa. Internamente o município possui um Distrito (Estevão de Araújo) e inúmeras comunidades rurais.

A atividade econômica predominante é a agropecuária, com destaque para o cultivo de café e a agricultura familiar. O turismo vem se destacando como fonte de renda da população devido a incentivos municipais e estaduais, começando a fazer parte do cotidiano local.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,657 com renda familiar média de até um quarto do salário mínimo. A porcentagem de residências abastecidas com água tratada gira em torno de 39,68%. Os serviços de tratamento de água e de esgoto são oferecidos somente no Distrito de Estevão Araújo e no centro da cidade.

Em relação aos aspectos demográficos, a taxa de crescimento populacional anual é de 1,5%; índice de alfabetização de 80 a 85%; proporção de moradores abaixo da linha da pobreza de 51,26% e aproximadamente 99% da população utiliza os recursos de saúde do SUS.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 21/11/2001, com um total de três equipes, cobertura de 100% da população e uma equipe de saúde bucal. Para serviços de Urgência e Emergência existe o Centro de Saúde com funcionamento 24 horas. São disponibilizados ambulatórios semanais de Cardiologia, Pediatria e Ginecologia. As internações hospitalares são realizadas através de convênio com dois hospitais de Viçosa – Minas Gerais.

A Unidade Básica de Saúde de São Domingos está situada no centro de Araponga e realiza atendimentos de pré-natal, puericultura, exames ginecológicos e vacinação. As consultas são agendadas e realizadas nas zonas rurais pertencentes

às áreas de cobertura da UBS (Córrego dos Lanas, Serra das Cabeças, Salazar, São Caetano, Areia Branca e zona rural de São Domingos), abrangendo uma população de 2650 e 678 famílias. As visitas domiciliares são rotineiras principalmente em pacientes acamados ou sequelados, por alguma enfermidade. A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, um técnico de saúde bucal, uma recepcionista, um motorista, sete agentes comunitários de saúde. A carga horária é de 32 horas semanais para o médico e 40 horas semanais para os demais membros da equipe de saúde.

É uma região rural, onde não há saneamento básico, não há tratamento de água e a população possui baixos recursos econômicos e precários hábitos de higiene e alimentação, com índice de analfabetismo elevado. O acesso para a região é difícil principalmente em épocas de chuvas o que acaba deteriorando as estradas.

Em relação à organização do processo de trabalho, a equipe prioriza as consultas agendadas, forma grupos como as de gestantes, do HIPERDIA, grupo de idosos, todos com atividades de lazer e promoção da saúde; as consultas para renovação de receitas estão direcionadas para os pacientes que fazem uso crônico de benzodiazepínicos. São realizadas reuniões mensais, com discussão e análise das atividades feitas no período com a finalidade de melhorar os índices de saúde, metas estabelecidas pela GRS de Ponte Nova - MG, sem deixar de lado a assistência ao paciente de forma integral.

A população adscrita enfrenta grandes problemas de saúde como: elevada prevalência de doenças infecto-parasitárias, gravidez na adolescência, uso e abuso de drogas; apresenta considerável número de hipertensos e diabéticos, respectivamente 328 e 64 casos, conforme dados do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB, 2013). Apresenta, ainda, dislipidemias, e elevado índice de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Considerando a obesidade uma epidemia mundial, no Brasil, as mudanças demográficas, sócio-econômicas e epidemiológicas permitiram que ocorresse uma transição nos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade, e está se tornando um novo problema de saúde pública (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005). A obesidade é frequentemente associada à hiperlipidemia e ao diabetes mellitus tipo 2, condições sabidamente mórbidas relacionadas com a ocorrência de doenças cardiovasculares.

Tendo em vista a magnitude e transcendência do problema em nosso município, sobretudo na área adscrita à Unidade de São Domingos, acredita-se que o esforço de construção coletiva do empoderamento desta população acerca de sua

saúde possa contribuir com a redução das comorbidades apresentadas. Assim, considera-se a promoção da saúde como uma estratégia a ser implementada na condução desta práxis.

Para tal, é necessário avaliar os hábitos alimentares da população e posteriormente priorizar uma estratégia que vise: reeducar hábitos alimentares da população, a mesma que é baseada na ingesta exagerada de carboidratos (arroz, milho, mandioca), frituras, cultura de preparar os alimentos com gordura de porco; estimular atividade física; combater o tabagismo; promover saúde com abordagem do coletivo através de ferramentas mobilizadoras da reflexão e possível mudança dos hábitos nocivos à saúde.

A proposta inicial está direcionada para a triagem dos pacientes com dislipidemia, sendo alvo prioritário de investigação a população de hipertensos e diabéticos, uma vez que o risco cardiovascular aumenta na presença de múltiplos fatores condicionantes do processo de adoecimento. Após o diagnóstico estabelecido, se continuará com a etapa de intervenção, onde este projeto se encaixa, apresentando-se múltiplas ações para a integração e interação com a comunidade, a fim de estabelecer uma rede de saberes, que facilite a compreensão e o tecimento de respostas continuadas e permanentemente reavaliadas quanto a sua efetividade.

## 2 JUSTIFICATIVA

As dislipidemias e a obesidade estão sendo consideradas como um dos mais importantes problemas de saúde enfrentados pelo Brasil e em vários outros países do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) considera que nos países desenvolvidos elas são um principal problema de saúde a se enfrentar e reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas.

A industrialização e o desenvolvimento das sociedades estão modificando hábitos e estilos de vida. A população cada vez mais consome lanches, *fast-foods*, refrigerantes, que aliado ao sedentarismo e estresse que a vida moderna nos proporciona, favorece o surgimento de doenças crônicas relacionadas à obesidade (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Tendo em vista o aumento da prevalência de obesidade nos últimos anos, os agravos à saúde e doenças associadas (aterosclerose, IAM, *Diabetes Mellitus*, HAS), tem se observado em praticamente em todas as faixas etárias, enormes gastos relacionados com internações hospitalares, medicamentos e consultas médicas (BAHIA *et al.*, 2012), assim como também o elevado índice de dislipidemia com aumento de morbidade e suas complicações na população adscrita da Unidade Básica de Saúde de São Domingos. Portanto, torna-se necessário propor um plano de intervenção que vise a diminuir em curto prazo níveis de triglicérides e colesterol, e a médio/longo prazo diminuir complicações relacionadas à hiperlipidemia.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção que permita a redução dos níveis lipêmicos da população adscrita à UBS de São Domingos, Araponga, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar revisão bibliográfica acerca do tema dislipidemia no período dos últimos 10 anos.
- Realizar a triagem de dislipidemias em todos os pacientes hipertensos e diabéticos da área adscrita à unidade.
- Incentivar atividades de promoção à saúde junto à equipe multidisciplinar
- Fomentar a disponibilização de medicação hipolipemiante em cooperação com assistência farmacêutica municipal.
- Acompanhar em nível individual os pacientes diagnosticados com dislipidemia, assim como suas famílias no que concerne às mudanças de hábitos alimentares, a atividade física, a adesão à medicação.

## 4 MÉTODO

Trata-se de pesquisa bibliográfica narrativa com busca de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados indexadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Foram utilizados como descritores: Dislipidemia, Educação em Saúde, Promoção em Saúde, nos idiomas inglês e português.

O Plano de Ação foi desenvolvido com base em normas técnicas de abordagem da Obesidade do Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2006) e da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias ( 2013).

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A obesidade vem se tornando um grave problema de saúde pública e está mudando o perfil de morbimortalidade no Brasil e no mundo (CARRARA *et al.*, 2008). Está relacionada ao grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de acordo com relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) é causa de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano.

Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2010), em todas as regiões do país, em todas as faixas etárias e em todas as faixas de renda aumentou contínua e substancialmente o percentual de pessoas com excesso de peso e obesas.

O sobrepeso atinge mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade, cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos e nada menos que 48% das mulheres e 50,1% dos homens acima de 20 anos. Entre os 20% mais ricos, o excesso de peso chega a 61,8% na população de mais de 20 anos. Também nesse grupo concentra-se o maior percentual de obesos: 16,9% (IBGE, 2010).

O perfil da obesidade apresenta discrepâncias regionais e entre grupos populacionais. A obesidade tende a ser mais frequente em áreas de melhor desenvolvimento tais como o sul e o sudeste do país. A Região Sul totaliza cerca de 5 milhões de adultos com excesso de peso. No Sudeste a situação é preocupante e em termos absolutos é a região que apresentou condição mais grave com aproximadamente 10 milhões de adultos com sobrepeso e cerca de 3 milhões e meio com obesidade. A obesidade tende, ainda, a ser um fenômeno presente na zona urbana em detrimento da área rural em todas as regiões brasileiras. Diferenças na prevalência da obesidade entre os grupos sociais também são observadas. O impacto é notório na população adulta feminina, especialmente a inserida nos menores percentis de renda. Dos 6,8 milhões de obesos diagnosticados pela PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição), 70,0% eram do sexo feminino. A população de baixa renda é a mais atingida, apresentando a prevalência superior a 30,0% do total de mulheres com excesso de peso. A proporção chega a ser drástica configurando-se hoje como o maior problema alimentar no Brasil (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

A definição de obesidade está relacionada como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. No entanto, ela é

definida em termos de excesso de peso. O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. Este índice é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m<sup>2</sup> (BRASIL, 2006).

O termo dislipidemia, ao invés de hiperlipemia, é atualmente empregado em função de que a redução e não o aumento da fração HDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de alta intensidade) é o que determina ou facilita o estabelecimento de aterosclerose. A dislipidemia define várias situações, como elevação isolada de LDL-colesterol (colesterol ligado à lipoproteína de baixa densidade), elevação elevada de triglicérides séricos, redução isolada de HDL – colesterol ou combinações entre estes (CELANO; LOSS; NOGUEIRA, 2010).

De acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias (2013), os valores referenciais desejáveis do perfil lipídico para adultos maiores do que 20 anos incluem: colesterol total (CT) < 200mg/dl; lipoproteína de baixa densidade (LDL) < 100mg/dl; lipoproteína de alta densidade (HDL) > 60mg/dl; triglicérides (TG) < 150mg/dl; colesterol não-HDL < 130mg/dl.

As dislipidemias possuem causas multifatoriais: fatores endocrinológicos, neurológicos, adipocitários, fatores intestinais, genéticos, relacionada ao sedentarismo e segundo Carrara *et al.* (2008) a “influência na dieta é um dos fatores mais incisivos na incidência crescente de obesidade”.

Estudos evidenciam que o excesso de peso está associado com o aumento de morbidade e mortalidade e que indivíduos obesos estão propensos 2,9 vezes mais em adquirir diabetes mellitus e hipertensão do que indivíduos não obesos (WAITZBERG, 2000).

Bahia *et al.* (2012) referem que os gastos com internações hospitalares no Brasil em 2010 foram de \$4,5 bilhões gastos em saúde naquele ano, dos quais 32,9% estavam relacionados com comorbidades associados à obesidade (doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, neoplasias) e 11% relacionado ao tratamento da própria obesidade e excesso de peso.

Em relação ao tratamento das dislipidemias, a OMS propõe a redução moderada na ingestão de energia como estratégia para redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos das pessoas que apresentam sobrepeso/obesidade. Recomenda ainda, a prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo que, para a prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, a recomendação é de pelo menos 30 minutos e, para o

controle do peso, de pelo menos 60 minutos diários de atividade física. Essas atividades podem ser praticadas de forma contínua (30 ou 60 minutos seguidos) ou acumulada ao longo do dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Prado e Dantas (2002) concluem que o efeito agudo ou crônico do exercício aeróbio, tanto de baixa como de alta intensidade e duração, pode melhorar o perfil lipoprotéico, estimulando o melhor funcionamento dos processos enzimáticos envolvidos no metabolismo lipídico (aumento da lipase lipoprotéica e lecitina-colesterol-acil-transferase; redução da lipase hepática), favorecendo principalmente, aumentos dos níveis da HDL- colesterol e da subfração HDL2-colesterol, assim como, modificando a composição química das LDL-colesterol, tornando-as menos aterogênicas.

Segundo Celano; Loss e Nogueira (2010) e a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias (2013), a terapia nutricional é sempre recomendada nas desordens lipídicas, juntamente com a cessação do tabagismo e perda de peso. Relatam que devem ser consumidos alimentos como: grãos integrais, frutas, vegetais, peixes ou frango sem pele, de preferência preparados cozidos ou a vapor). E alimentos que devem ser evitados: frituras, enlatados, pães, bolos, doce e coco.

A terapia farmacológica com o uso de estatinas (inibidores da HMG – CoA Redutase) promove redução do LDL-C e triglicérides, aumento do HDL-C e permanece sendo a terapia mais validada por estudos clínicos para reduzir a incidência de eventos cardiovasculares (CVs). Está indicada para terapias de prevenção primária e secundária como primeira opção. Em relação aos fibratos uma metanálise, com 18 estudos e 45.058 participantes, refere que a medicação reduziu o risco relativo de eventos cardiovasculares (CVs) em 10%, eventos coronarianos em 13%, sem benefício em mortalidade cardiovascular (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS, 2013).

O tratamento do paciente de acordo com o perfil lipídico envolve (DISLIPIDEMIAS, 2013):

- Pacientes com HDL-c baixo: manter o LDL-c nos níveis apropriados; implementar mudanças comportamentais ( perda de peso, atividade física regular, supressão do tabagismo); medicar, quando indicado, com ácido nicotínico (medicação mais eficiente em aumentar o HDL-c) ou estatinas.

- Pacientes com hipertrigliceridemia:

- Valores entre 150 a 199mg/dl: manter LDL-c em níveis adequados; implementar mudanças comportamentais; limitar a ingestão de açúcares e substituir gorduras saturadas por mono-insaturadas.
- Valores entre 200 e 499 mg/dl: manter LDL-c em níveis adequados; implementar mudanças comportamentais; tratamento medicamentoso: intensificar as medicações para reduzir o LDL-colesterol ou associar derivados do ácido nicotínico ou fibratos.
- Valores maiores do que 500 mg/dl: reduzir rapidamente os triglicérides com fibratos, ácido nicotínico, dieta e perda de peso pelo risco de pancreatite.
- Pacientes com aumento de LDL: mudança nos hábitos e estilo de vida (MHEV) para pacientes com risco baixo e intermediário para doenças cardiovasculares (escore de Framingham); MHEV associado sinvastatina para aqueles pacientes que possuem risco elevado ou aterosclerose manifesta.

## 6 PLANO DE AÇÃO

Estabelecer em conjunto com a equipe de saúde, atividades de promoção à saúde utilizando metodologias ativas e interativas com os usuários, como rodas de conversa, problematização de situações do cotidiano e dinâmicas, na Unidade de Saúde de São Domingos, que alertem para os malefícios de uma dieta hiperlipêmica, do sedentarismo, obesidade, associados à hipertensão arterial e ao diabetes, durante todo período em que os pacientes estiverem sob esta intervenção.

Com a finalidade de promover saúde e diminuir o sedentarismo, será feita uma abordagem multidisciplinar, envolvendo o educador físico que orientará atividade aeróbia (caminhar, correr, nadar) com duração de 30 minutos em cada atividade e por pelo menos 5 dias da semana. Deverá ser ajustada e acompanhada a dieta dos pacientes, com auxílio do nutricionista, de acordo com os níveis lipídicos apresentados pelos mesmos.

Deve-se agendar reunião com o coordenador da farmácia para discutir formas de estruturar a farmácia local, com disponibilização de medicação hipolipemiante, e promover acompanhamento farmacêutico com esclarecimentos e auxílio na adesão à terapêutica.

A abordagem terapêutica do médico consistirá, além da educação e promoção da saúde, quando indicado, prescrever e acompanhar a adesão à terapia hipolipemiante seguindo normas técnicas de abordagem da Obesidade do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde e da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias.

O acompanhamento da evolução dos pacientes far-se-á por meio de exame físico ( peso, cálculo do IMC, circunferência abdominal) e laboratoriais (lipidograma) a cada 3 meses, no prazo de 1 ano, além de visitas domiciliares programadas pela equipe de saúde visando conscientização do paciente e seus familiares, dos problemas relacionados à obesidade, reforço da dieta e uso das medicações hipolipemiantes, quando indicadas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se, com a concretização do plano de intervenção, realizar a triagem e classificação de risco dos pacientes com dislipidemia; reduzir sedentarismo; promover saúde e ações educativas para melhorar a qualidade de vida da população; diminuir, em curto prazo, níveis lipêmicos e, a longo prazo, comorbidades relacionadas (aterosclerose, IAM, AVC).

Espera-se, portanto, que o processo de trabalho de todos os profissionais da equipe de saúde da UBS de São Domingos, Araponga, Minas Gerais, seja mais efetivo, interdisciplinar e , com isso, consiga atingir seu objetivo: atender com qualidade técnica, científica e humana os usuários com dislipidemias.

## REFERÊNCIAS

BAHIA L.R et. al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **BMC Public Health**. v. 12, p. 440, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema único de Saúde – DATASUS. Sistemas de Informação em Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. p110.

CARRARA, A. P. B. et al. Obesidade: um desafio para a saúde pública. **Rev. Inst. Ciência Saúde**, v. 26, n. 3, p. 299-303, 2008.

CELANO, R.M.G.; LOSS, S.H.; NOGUEIRA, R,J,N. **Projeto Diretrizes**. Terapia Nutricional nas Dislipidemias. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2010

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.21 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316890>>. Acesso em 28 mar. 2014

PRADO, E. S. DANTAS, E. H. M. Efeitos dos exercícios físicos aeróbios e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína (a). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 79. n. 4. p. 429-433. São Paulo, 2002.

SARTORELLI, D. S. ; FRANCO, L. J.. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**. v. 19,(sup. 1) p. s29-s36, 2003

WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva. (WHO Technical Report Series, n. 916). 2003

V DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. **Arq Bras Cardiol.** v.101, n. 4, (Supl.3), p. 1-22, 2013

\_\_\_\_\_Dislipidemias.<http://www.medicinaatual.com.br/secao/per/pdf/17.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2013.