

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ILIANA LASTRE ROMERO

**DISLIPIDEMIA COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NA UBS MORADA DA SERRA, SABARÁ,
MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2015

ILIANA LASTRE ROMERO

**DISLIPIDEMIA COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NA UBS MORADA DA SERRA, SABARÁ,
MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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.

Orientador: Prof. Elaine Leandro Machado

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2015

ILIANA LASTRE ROMERO

**DISLIPIDEMIA COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NA UBS MORADA DA SERRA, SABARÁ,
MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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.

Orientador: Prof. Elaine Leandro Machado

Banca Examinador
Prof. Elaine Leandro Machado – Orientador
Prof----- - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/2015

DEDICATÓRIA

A Deus, pela proteção, pela bênção durante minha vida;

Aos meus filhos Yasmani e Yasniel responsáveis de toda a alegria;

E por ter feito a minha vida ter sentido;

Ao meu esposo, por todo amor a mim dedicado.

RESUMO

As doenças crônicas configuram importante problema de saúde coletiva no Brasil, principalmente (Hipertensão Arterial, Doenças cardiovasculares, Acidentes Vascular Cerebral, Diabetes) sendo um dos principais fatores de risco, as dislipidemias. Numerosos estudos clínicos e meta análises estabeleceram claramente a associação entre dislipidemia e aumento de risco de morte. A elevação dos níveis plasmáticos de colesterol, também o aumento de triglicérides são fatores de risco para eventos cardiovasculares, sendo esta a principal causa de morte no mundo. O Brasil acompanha este fenômeno internacional. Observa-se uma pobre cultura sanitária sobre o problema, bem como os hábitos de vida inadequados da população, perpetuam a dislipidemia na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Morada da Serra do município Sabará, em Minas Gerais. Considerando esse cenário, este estudo teve como objetivo propor intervenções para diminuir o número elevado de pacientes com níveis alto de colesterol e triglicérides, através do aumento da informação, promoção de mudanças de hábitos e estilos de vidas destes. A proposta de intervenção aqui apresentada foi embasada no método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, por meio do qual, após o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema prioritário que foi a elevada prevalência de dislipidemia em pacientes com doenças crônicas. Espera-se diminuir a incidência de casos nos próximos anos.

Palavras-chave: Dislipidemia; Doenças Crônicas; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Chronic diseases constitute major problems of collective health in Brazil mainly (Hypertension, cardiovascular diseases, Cerebral Vascular Accidents, Diabetes Mellitus) being one of the main risk factors the dyslipidemias. Numerous clinical studies and meta-analyses have established a clear association between Hyperlipidemia and increased risk of death. The elevation of plasma cholesterol levels, also the increase of triglycerides are risk factors for cardiovascular events, which is the leading cause of death in the world, Brazil accompanies this international phenomenon. A poor sanitary culture about the problem, as well as the inadequate life habits, which perpetuate the Dyslipidemia in the area covered by the Basic Health Unit Address of municipality Sabará, Minas Gerais. Considering this scenario this study aimed to propose interventions to reduce the high number of patients with al. ..

Palavras-chave:

Dislipidemia; Doenças Crônicas; Atenção Primária; Promoção da Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

ESF: Equipe Saúde da Família.

PES: Planejamento Estratégico Situacional.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	9
2JUSTIFICATIVA	11
3OBJETIVOS	12
3.1 Geral:	12
3.2 Específicos:.....	12
4METODOLOGIA.....	12
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1 Dislipidemias: definição.....	14
5.2 Fatores de risco e perfil epidemiológico	14
5.3 Diagnóstico e tratamento	16
5.4 Estratégias de promoção da saúde para enfrentamento da dislipidemia	18
6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	19
6.1 Primeiro Passo.....	19
6.2 Segundo Passo.....	19
6.3 Terceiro Passo.....	21
6.4 Quarto Passo.....	21
6.5 Quinto passo	21
6.6 Sexto passo.....	21
6.7 Sétimo passo	23
6.8- Oitavo passo.....	24
6.9 Novo passo	26
6.10Décimo passo.....	29
7 Considerações Finais	30
8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31

1 INTRODUÇÃO

Plano de intervenção, de acordo com Paz et al. (2013, p.4), baseia-se em “uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas de uma realidade”. O planejamento estratégico utilizado pela Equipe de Saúde da Família colabora para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em sua área de abrangência e no Município Sabará

Sabará está localizada na região metropolitana de Belo Horizonte. Limita-se ao norte com Taquaraçu de Minas, a este com o município de Caeté, ao sul com Raposos e Nova Lima, e a oeste com os municípios de Santa Luzia e Belo Horizonte (IBGE, 2015)..

A área de atuação da especializanda é o PSF Morada da Serra composto pelos bairros: Alto do Fidalgo, Morada da Serra e Esplanada, que faz parte da regional Centro. A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi inaugurada em 1992, funciona em uma casa adaptada, tem estrutura física regular, possui: três consultórios, uma sala de vacina, recepção, farmácia, um banheiro, possui área para reunião de equipe e grupos operativos. Conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por médico da família, enfermeiro da família, um técnico de enfermagem e quatro ACS.

O processo de trabalho da equipe baseia-se na realização de acolhimento; consultas médicas e de enfermagem; atendimento a demanda programada e espontânea; visitas domiciliares; e grupos operativos de hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes e planejamento familiar. A UBS ainda não está informatizada e encontra-se em processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

O trabalho também encaminhou à criar mais grupos operacionais com o objetivo de mudar estilos e modos de vida, especialmente em pacientes com doenças crônicas, mas ainda estamos em fase de cadastramento, em dois meses de trabalho começamos a observar mudanças positivas na população.

O diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF foi realizado utilizando-se o método de Estimativa Rápida por meio do qual, houve a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem e Médico de Medicina Familiar. Usando o método rápido de coleta de informações por registros escritos (prontuários), entrevistas e observação ativa do área, a fim de conhecer os problemas de saúde mais importantes, com base em dados preliminares que permitem a identificação de problemas e determinantes para a definição de prioridades e intervenções necessárias para a solução.

Observa-se que na área de abrangência sob-responsabilidade da ESF Morada da Serra a falta de informação por parte da população sobre dislipidemias, bem como os hábitos de vida inadequados dos mesmos e a falta de estrutura da UBS para maior organização no atendimento a esses pacientes, contribuem para elevação das dislipidemias entre eles.

O estilo de vida da população é determinado por: população com baixo grau de instrução, primeiro grau incompleto; não possui renda fixa, muitos são trabalhadores informais; maioria depende da assistência pública à saúde; e apesar da associação dos bairros oferecerem atividades de ginástica, por duas vezes na semana, pequena parcela da população participa.

Como melhorar a assistência aos pacientes visando reduzir a ocorrência de dislipidemias na população? Baseado neste contexto, com o intuito de organizar a assistência à população sob-responsabilidade da ESF Morada da Serra e objetivando reduzir a população com dislipidemias em Sabará, o plano de intervenção elaborado será realizado pela ESF Morada da Serra a partir do segundo semestre de 2015.

O objetivo geral deste TCC é a elaboração de um plano de ação coeso, de acordo com critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, buscando exercer a responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família. Visando organizar a assistência à população sob-responsabilidade da ESF Morada da Serra, acompanhar pacientes portadores de dislipidemias e orientar a população para hábitos de vida adequados, buscando assim, reduzir dislipidemias em Sabará.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas configuram importantes problemas de saúde coletiva no Brasil principalmente (Hipertensão arterial, Diabetes) sendo num os dos principais fatores de riscos as dislipidemias (KERBER; ANTUNES; CAVALETT, 2010).

Atualmente, um em cada cinco brasileiros tem a concentração de colesterol total acima de 200 mg/dL representando cerca de 21,6% da população brasileira (SANTOS, 2013). Os principais problemas identificados no Diagnóstico Situacional foram, alta prevalência e incidência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (Hipertensão Arterial; Diabetes), alto índice de Dislipidemia (colesterol, triglicérides) sendo este o problema de saúde que afeta nossa população.

De acordo com os dados analisados a população é predominantemente adulta, deles temos aproximadamente 456 HA, 117 DM, 10 AVC, 25 DCV, (dados coletados por cadastramento de os ACS, em consultas clínicas, visitas domiciliares), a partir da observação de exame laboratorial contatamos que mais dos 50% destes pacientes apresentam dislipidemias, somado a baixo nível de informação sobre dislipidemia, pelo estudo verificou-se que boa parte destes pacientes desconhecem o que seja dislipidemia e os riscos que ocasionam a sua vida.

Este estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para acompanhamento dos pacientes com dislipidemias inscritas na ESF Morada da Serra no município Sabará em Minas Gerais, visando modificar modos e estilos de vida, conscientizar aos pacientes da importância de manter uma dieta saudável, diminuir incidência de casos novos com DCNT, lograr o controle adequado de DCNT e prevenir complicações e sequelas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Elaborar um plano de intervenção para acompanhamento dos pacientes com dislipidemias inscritas na ESF Morada da Serra no município Sabará em Minas Gerais, visando modificar modos e estilos de vida.

3.2 Específicos:

1. Aumentar o nível de conhecimento, informação e educação da população, sobre os riscos de a dislipidemia.
2. Melhorar a estruturados serviços de saúde e estrutura física na unidade para um adequado acompanhamento do pacientes.
3. Propor estratégias que visem a mudança de hábitos de vidas dos pacientes com dislipidemias.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho foi realizada revisão de literatura de bibliotecas virtuais como Scielo. Biblioteca virtual da Plataforma Agora considerando os seguintes critérios: estudos científicos (artigos, teses) idioma (Português) período (2000-2013) e palavras chaves como Dislipidemia; Doenças Crônicas; Atenção Primária; Promoção da Saúde.

A proposta de intervenção aqui apresentada esta embasada no método de planejamento denominado planejamento estratégico situacional (PES) simplificado, de acordo com Campo, Farias e Santos (2010).

Segundo aqueles autores, o PES foi desenvolvido pelo Professor Carlos Matus, ministro da economia (assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então Presidente de Chile. para Matus (1989, 1993), planejar é como preparar- se para a ação. E para agir é fundamental investir no aumento da capacidade de governar.

Três aspectos enfocados por Matus são importantes para compressão dos fundamentos teóricos do PES:

O projeto de governo-plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos.

A governabilidade-variável ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano.

A capacidade do governo-experiência e acumulação de conhecimento que uma equipe domina e que são necessários para a implantação de seu plano. Esses três pontos devem ser vistos numa relação dinâmica.

Cada método de planejamento utiliza terminologia e esta embasadas em conceitos que são próprios. Ator social definido por Matus (1989; 1993). É um coletivo de pessoas, no seu extremo, uma personalidade que atua em determinada realidade, é capaz de transformá-la.

Para tanto foi realizada as etapas de diagnostico situacional em saúde, por meio de estimativa rápida foi identificado "nos críticos" e será

elaborado um plano de ação, monitoramento e avaliação das ações de saúde, na atenção básica a saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Dislipidemias: definição

O acúmulo de quilomícrons e/ou de VLDL no compartimento plasmático resulta em hipertrigliceridemia e decorre da diminuição da hidrólise das triglicérides destas lipoproteínas pela lipase lipoprotéica ou do aumento da síntese de VLDL. Variantes genéticas das enzimas ou apolipoproteínas relacionadas a estas lipoproteínas podem causar ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

O acúmulo de lipoproteínas ricas em colesterol como a LDL no compartimento plasmático resulta em hipercolesterolemia. Este acúmulo pode ocorrer por doenças monogênicas, em particular, por defeito no gene do receptor de LDL ou no gene da apo B100. Centenas de mutações do receptor de LDL foram detectadas em portadores de hipercolesterolemia familiar, algumas causando redução de sua expressão na membrana, outras, deformações na sua estrutura e função. Mutação no gene que codifica a apo B100 pode também causar hipercolesterolemia através da deficiência no acoplamento da LDL ao receptor celular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Mais comumente, a hipercolesterolemia resulta de mutações em múltiplos genes envolvidos no metabolismo lipídico, as hipercolesterolemias poligênicas. Nestes casos, a interação entre fatores genéticos e ambientais determina o fenótipo do perfil lipídico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

5.2 Fatores de risco e perfil epidemiológico

O quadro de dislipidemia, o principal fator desencadeador da aterosclerose, é caracterizado como alterações qualitativas e/ou quantitativas

dos lipídeos e lipoproteínas sanguíneas, que podem acontecer em decorrência de vários fatores (hábito alimentar, obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, distúrbios genéticos); a dieta é o mais importante deles. (Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)2007).

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo. Globalmente, nos últimos anos vêm sendo responsáveis por um terço de todas as causas de morte e por cerca de 10% e 18% de perda de anos de vida ajustados para a idade em países em desenvolvimento e desenvolvidos, respectivamente (SOUSA, 2003)

No Brasil, a doença arterial coronariana (DAC) e o acidente vascular cerebral (AVC) são as DVC de maior prevalência e morbimortalidade. Diversos estudos nas últimas décadas reforçam que quanto maior o nível de colesterol plasmático, maior o risco para eventos coronarianos. Níveis elevados de LDL - colesterol (LDL-C) e de triglicérides (TG), bem como níveis de HDL - colesterol (HDL-C) reduzidos, ou mesmo suas combinações, caracterizam as dislipidemias e risco aumentado de DCV (SOUSA, 2003).

Porém, apesar destas evidências, cerca de 30% dos pacientes que apresentam infarto agudo do miocárdio o fazem com níveis considerados normais de colesterol total (CT) e LDL-C, indicando que, em alguns casos, a dosagem do perfil lipídico comumente realizado na prática clínica pode não ser suficiente para detecção de pacientes sob-risco. -Souza LJ, Gicovate Neto, C; Chalita, FEB; Reis, AF; Bastos, DA; Souto Filho, JTD; Souza, TF;et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. (SOUSA, 2003)

A dislipidemia agrava a lesão de órgãos-alvo na hipertensão arterial, determinando maior incidência de eventos coronários e maior deterioração da função renal (CAMPOS,F.C, 2010).

Nas últimas quatro décadas, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que desencadeou o aumento das doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT's na população. A dislipidemia, distúrbio constituinte do grupo das DANT's é uma das principais determinantes da relação direta na ocorrência de doenças cardiovasculares, representando importante causa de morbidade e mortalidade no país (Ministério da Saúde, 2005).

Atualmente, um em cada cinco brasileiros tem a concentração de colesterol total acima de 200 mg/d l representando cerca de 21,6% da população brasileira.(SANTOS, 2005) Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das dislipidemias ressaltam o sexo, a idade, o hábito de fumar, a composição corporal, o consumo alimentar, alterações nos níveis de glicemia e pressão arterial. A prevalência das lipidemias mostra-se variável de acordo com as características étnicas socioeconômicas culturais de grupos populacionais distintos (Ministério da Saúde, 2005).

Estudos genéticos, experimentais, clínicos e epidemiológicos demonstram que os níveis elevados de lipoproteínas de baixa densidade, que contêm a maior parte do colesterol sérico, constituem um risco maior de doença hipercolesterolemia e a mortalidade e morbidade cardiovasculares são elevadas, sendo uma das mais consistentes e bem estabelecidas afirmações epidemiológicas (MORTON ,1994).

Estima-se que 20 milhões de brasileiros sofram de dislipidemia, altos índices de gordura no sangue, popularmente chamados de colesterol. Desta população, metade não sabe que tem esta condição, 25% sabem, mas não tratam e apenas 25% tratam adequadamente. A hipertensão arterial e o colesterol são os principais fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e o acidente (Garcia RC,1992).

5.3 Diagnóstico e tratamento

A dislipidemia é caracterizada pelas alterações nos níveis séricos de lipídio se juntamente com a obesidade, hipertensão e diabetes melitus, integra o conjunto de doenças crônicas degenerativas, com historia natural prolongadas (DUTRA, C; 2010).

O perfil lipídico é definido pelas determinações bioquímicas do CT, colesterol ligado à HDL ou HDL - colesterol (HL-C), TG e do colesterol ligado à LDL ou LDL - colesterol (LDL-C) após jejum de 12 a 14 horas. O LDL-C pode ser calculado pela equação de Friede wald ($LDL-C = CT - HDL-C - TG/5$),onde TG/5 representa o colesterol ligado à VLDL ou VLDL colesterol(VLDL-C), ou diretamente mensurado no plasma. Em pacientes com

hipertrigliceridemia (TG>400mg/dL), hepatopatia colestática crônica, diabetes melito ou síndrome nefrônica, a equação é imprecisa (SOUSA, 2003).

O tratamento da dislipidemia compreende duas grandes condutas: não medicamentosa e medicamentosa. A terapia nutricional é importante parte da terapia das dislipidemias deve sempre ser adotada, portanto, ser adotada na prevenção e no tratamento das dislipidemias, onde o plano alimentar deverá contemplar questões culturais, regionais, sociais e econômicas, devendo ser agradável ao paladar e visualmente atraente (SOUSA, 2003).

A principal ação contra as dislipidemias é a dietoterápica, sendo esta uma conduta terapêutica indicada isoladamente ou em conjunto com outros tipos de tratamentos; mas não existe qualquer outro tipo de tratamento das dislipidemias sem estar associado a condutas dietoterápicas. (SANTOS, 2005).

A dieta deve incluir redução das gorduras saturadas; redução do colesterol alimentar; redução dos carboidratos simples que elevamos níveis de triglicerídeos devido à metabolização hepática que os transforma em reserva energética; aumento das fibras dietéticas (solúveis e insolúveis) para melhor eliminação das gorduras; aumento de antioxidantes (fito químicos, vitaminas, compostos bioativos) para redução dos radicais livres; busca pelo peso ideal para reduzir os efeitos da lipogênese no quadro dislipidêmico (SOUSA, 2003).

A terapia medicamentosa é usada para controlar a dislipidemia e reduzir a dor anginosa, por isso são empregadas drogas que reduzem os lipídeos, a agregação plaquetária e a pressão arterial; que controlam o diabetes; diminui a frequência cardíaca, a força de contração do miocárdio e/ou dilatam as artérias coronárias (SOUSA, 2003).

O alcance das metas de tratamento é variável e depende da adesão à dieta, às correções no estilo de vida, perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão (SOUSA, 2003).

A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental. Os níveis séricos de colesterol e TG se elevam em função do consumo alimentar aumentado de colesterol, de

carboidratos, de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e de excessiva quantidade de calorias (SOUSA, 2003).

A mortalidade por DAC é a principal causa de morte no país e o colesterol elevado possui evidências para ser considerado o principal fator de risco modificável, torna-se lógico, então, que reduções de colesterol, principalmente nos níveis de LDL-C, por meio de mudanças no estilo de vida e/ou fármacos, ao longo da vida, tenham grande benefício na redução de desfechos CV (SOUSA, 2003)

Por tanto o objetivo de elaborar um plano de intervenção para acompanhamento do pacientes com dislipidemias na UBS que apresentam risco de doenças crônicas, justifica-se trata se de um problema prevalente, com grade capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

A partir de análise de prontuários e exames laboratoriais dos pacientes verificou-se que as maiorias apresentam aumento dos níveis séricos de colesterol e triglicérides, além disso, em consultas clinica, visitas domiciliar, verificou-se um baixo nível de informação sobre dislipidemia como também acompanhamento insatisfatório pela equipe de saúde, do problema. Para alcançar o objetivo proposto buscou-se elaborar um plano de intervenção sobre este problema, importante causa de morte no Brasil.

5.4 Estratégias de promoção da saúde para enfrentamento da dislipidemia

As ações preventivas tem demonstrado impacto positivo na redução da morbimortalidade associada às doenças crônicas (hipertensão, diabete e cardiovasculares) e a diminuição dos nível de colesterol e triglicérides. As estratégias de promoção de saúde estão encaminhadas às correções no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo – e, principalmente, da influência genética da dislipidemia em questão. A utilização de técnicas adequadas de mudança do comportamento dietético é fundamental (SOUSA, 2003).

6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

A Equipe selecionou como “nós críticos” as situações problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido, a proposta para realização do plano de intervenção foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo a realização dos seus dez passos.

6.1 Primeiro Passo

O diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF foi realizado utilizando-se o método de Estimativa Rápida por meio do qual, houve a participação dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS). Usando o método rápido de coleta de informações por registros escritos (prontuários), entrevistas e observação ativa da área, a fim de conhecer os problemas de saúde mais importantes, com base em dados preliminares que permitem a identificação de problemas e determinantes para a definição de prioridades e intervenções necessárias para a solução.

Principais problemas identificados foram que o atendimento é prestado em maior parte à demanda espontânea, a equipe de saúde incompleta, condições estruturais de a unidade de saúde inadequada. Atualmente por o método de estimativa rápida sem ter culminado o cadastramento todo nosso território de abrangência podemos concluir que os principais problemas de saúde são, alta prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial; Diabetes melitus), alto índice de dislipidemias (colesterol, triglicéride) sendo este o problema de saúde que afeta nossa população, onde nós podemos atuar e transformar.

6.2 Segundo Passo

Atualmente por o método de estimativa rápida podemos concluir que os principais problemas de saúde são, alta prevalência e

incidência de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial; Diabetes melitus), alto índice de dislipidemias (colesterol, triglicéride) sendo este o problema de saúde que afeta nossa população, onde nós podemos atuar e transformar.

Em nossa área de abrangência, de acordo com os dados analisados a população predominante é adultos maiores de quarenta anos, com uma cultura em saúde pobre. Principalmente na dieta com alto teor de gorduras e carboidratos do consumo, não realização de exercícios físicos (sedentários), analisou que depois informação processada que o problema prioritário desta área é a alta taxa de Dislipidemia (colesterol, triglicérides) no sangue elevado fator de riscos para incremento doenças crônicas. Após a identificação dos problemas dificilmente todos poderiam ser resolvido ao mesmo tempo, principalmente por a falta de recursos (financeiros, humanos e materiais). A equipe considerou a importância, sua urgência e capacidade para enfrentá-los, da forma seguinte.

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados pela equipe de saúde em nossa área de abrangência / UBS Morada da Serra, Sabará, Minas Gerais, 2015

Priorização dos problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de Dislipidemias (colesterol, triglicéride)	Alta	6	Parcial	1
-Alta prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis(hipertensão arterial; Diabetes melitus).	Alta	5	Parcial	2
-O atendimento é prestado em maior parte á demanda espontânea	Alta	5	Parcial	3
-A equipe de saúde incompleta, condições estruturais de a unidade de saúde inadequada	Alta	4	Fora	4

6.3 Terceiro Passo.

Neste passo, foi realizada a descrição do problema selecionado. Mostram que aproximadamente de 456 HTA, 117 DM, 10 AVC, 25 DCV, dados coletados por cadastramento de os ACS, subestimados, pois ainda não esta cadastrada o 100% do área de abrangência. Em consultas clinicas, visitas domiciliares, a partir da observação de exame laboratoriais que mais dos 50% destes pacientes apresentam dislipidemias.

6.4 Quarto Passo.

A gênese do problema que elegemos como prioritário "Alto Índice de Dislipidemia" a partir da identificação de suas causas. As causas podem estar relacionadas com os pacientes, por á ingestão de gorduras saturada, colesterol, e gorduras trans, somado a condições financeiras que refletem em hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, uso excessivo de álcool, baixo nível de informação quanto aos riscos das dislipidemias.

6.5 Quinto passo

Analisando a realidade de nossa população, com o conhecimento de uma das questões prioritárias que afeta a saúde tendo a vantagem de nosso papel representativo da Comunidade, nós decidimos agir sobre os hábitos e estilos de vida através de uma educação intervenção, sendo este um dos principais fatores de risco modificáveis para a doença crônicas (cardiovascular, diabetes milites) do que aprender a incidência e mortalidade por estas doenças pode encaminhar o trabalho na elaboração de um plano de ação em conjunto (multifatorial) para a solução do problema.

Uma vez identificado o problema priorizado traçaremos estratégias para reduzir ou diminuir esta com a elaboração de um plano de ação. Elevado índice de dislipidemia (aumento de níveis de colesterol e triglicérides).

6.6 Sexto passo.

O plano de ação é composto por operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os nós críticos) do problema selecionado.

As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem recursos:

Econômicos (ou financeiros), organizacionais (estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.), cognitivos (conhecimento acumulado), de poder (também denominado recurso político).

Quadro 2: Desenho de operações para os nós críticos do problema :
dislipidemia/ UBS Morada da Serra, Sabará, Minas Gerais, 2015

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produto esperado	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados.	Viver mais e melhor. Viver com saúde (Modificar hábitos e estilos de vida)	Conscientizar aos pacientes da importância de manter uma dieta saudável. Diminuir o número de pacientes com elevado índice de dislipidemia em prazo de 1 ano. Diminuir incidência de casos de DCNT. Lograr o controle adequado de DCNT. Prevenir complicações e sequelas.	Programa caminhado por a vida/campanha educativa na rádio.	Organizacional para organizar as caminhadas; Cognitiva informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino. Financeiros. Para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, etc
Nível de informação.	Saber mais Aumentar o nível de	População mais informada	Aumento do nível de informação da	Cognitivos Conhecimento sobre o tema

	informação da população sobre os riscos de dislipidemia e dieta saudáveis. Importância da <i>adesão ao tratamento e envolvimento da família no controle</i> das doenças e prevenção de complicações.	sobre riscos de as dislipidemias Paciente e família conscientes dos riscos envolvidos no cumprimento e importância do adequado controle da doença.	população sobre risco, Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS e de cuidadores.	e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizações. Organização da agenda; Políticos. Articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Estrutura inadequada dos serviços de saúde na unidade básica para atendimento.	Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento .	Oferta aumentada de consultas, Diminuir longos períodos de espera. Ajudar a confirmação clínica dos diagnósticos. Melhorar a qualidade da atenção.	programação mensal ou semanal das atividades, fazer acompanhamento dos pacientes por meios de visitas dos ACS.	Políticos Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros. Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos ; Cognitivo. Elaboração do projeto de adequação

6.7 Sétimo passo

Recursos críticos aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe terá que criar estratégias para que possa viabilizá-los.

Quadro 3: Recursos críticos necessários para o plano de ação/ UBS Morada da Serra, Sabará, Minas Gerais, 2015

<i>Operação</i>	<i>Recursos críticos</i>
Viver mais e melhor. com saúde, aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença. Importância da <i>adesão ao tratamento</i> .	Político - conseguir o espaço na rádio local; Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Equilíbrio de vida	Organizacional - mobilização social em torno das questões ; Políticos - articulação Inter setorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.
Saber mais	Políticos - articulação Inter setorial.
Cuidar melhor	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Linha de Cuidado	Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

6.8 Oitavo passo

Análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano, devem ser identificadas Três variáveis fundamentais:

Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano? Qual recurso que cada um desses atores controla? Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos do plano?

A motivação de um ator com relação ao plano pode ser:

Favorável: o ator coloca o recurso à disposição do plano;

Indiferente: não está claro se aquele ator irá apoiar ou fará oposição à utilização do recurso crítico que controla;

Contrária: caracteriza-se pela oposição ativa à utilização do recurso.

Quadro 4: Análise de variabilidade do plano/ UBS Morada da Serra, Sabará, Minas Gerais, 2015.

Operação	Recursos crítico	Controle dos recursos		
		Ator que controla	Motivação	Ações estratégica
Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença.	Aquisição de folhetos	Setor de comunicação social Secretário de Saúde Equipe de saúde	Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto na secretaria municipal de saúde.
Organizar a estrutura do serviços para melhorar atendimento através da programação da agenda com dia fixo na semana para atendimento a demanda programada .Adequação da estrutura física da unidade	Organizacional Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).	Equipe de ESF Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessário Apresentar projeto de estruturação da rede

Propor mudanças nos hábitos de vida de pacientes com dislipidemia	Organizacional	Equipe ESF	favorável	Não é necessário

6.9 Novo passo

Plano operativo com definição dos responsáveis.

Quadro 5: Plano operativo/ UBS Morada da Serra, Sabará, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico	Operação/pr objeto	Resultados esperados	Produto esperado	Opções estratégicas	Responsável	Prazo
Hábitos de vida inadequados	Viver mais e melhor. Viver com saúde (Modificar hábitos e estilos de vida)	Conscientizar aos pacientes da importância de manter uma dieta saudável. Diminuir o numero de pacientes com índice elevado de colesterol e triglicérides um prazo de 1 ano. Diminuir incidência de casos novos com DCNT. Lograr o controle adequado	Programa caminhado por a vida/campanha educativa na rádio.	Apresentar projeto na secretaria municipal de saúde	Roseli da Costa de Oliveira. Toda equipe de saúde	três meses para o início das atividades (31/05/2014) Imediato.

		de DCNT. Prevenir complicações e seqüelas.				
Nível de informação.	Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da doença. Importância da <i>adesão ao tratamento e envolvimento da família no controle</i> das doenças e prevenção de complicações.	População mais informada sobre riscos de dislipidemia. Paciente e família conscientes dos riscos envolvidos no cumprimento e importância do adequado controle da doença.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS e de cuidadores.		Coordenador da Secretaria de Educação. Toda equipe de saúde	Início em cinco meses e término em sete meses. Início em três meses e término em 12 meses. Início em seis meses, avaliações a cada semestre. Início em dois meses e término em três meses. Imediato.

<p>Organizar a estrutura dos serviços para melhorar atendimento através da programação da agenda com dia fixo na semana para atendimento a demanda programada .Adequação da estrutura física da unidade</p>	<p>Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de dislipidemia aumentado. Melhora as políticas de agendamento e marcação de exames. Facilitar o acesso.</p>	<p>Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos. Diminuir longos períodos de espera. Ajudar a confirmação clínica dos diagnósticos. Melhorar a qualidade da atenção.</p>	<p>programação mensal ou semanal das atividades, fazer acompanhamento dos pacientes por meios de visitas dos ACS.</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede</p>	<p>Diógenes Fantin (Prefeito Municipal) Secretário de Saúde Roseli da Costa de Oliveira (Secretário Municipal de Saúde) Coordenadora Atenção básica de saúde (Heloisa Xavier)</p>	<p>Quatro meses para apresentação do projeto e Oito meses para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos. Início em quatro meses e finalização em oito meses.</p>
<p>Propor mudanças nos hábitos de vida de pacientes com dislipidemia</p>	<p>Diminuir o sedentarismo em o grupo de pacientes com dislipidemia. Redução de peso.</p>		<p>Programas de caminhadas orientadas, saindo do posto de saúde, quatro vezes por semana.</p>		<p>Enfermeira Yanna ACS Nalia e Chistiam</p>	<p>Início aproximadamente 40 dias.</p>

6.10 Décimo passo.

No décimo passo, é desenhado um modelo de gestão do plano de ação, e busca-se discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, mostra o quadro seguinte.

Quadro 6: Acompanhamento do plano de ação/UBS Morada da Serra, Sabará, Minas Gerais, 2015

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Elaborar agenda programada	Programação semanal	Yanna	Setembro 2015			
Aumento do nível de informação de pacientes com Dislipidemia	Panfletos educativos Grupos operativos implantados	Enfermeira: Yanna ACS Chistian	Setembro 2015			
Apresentação do projeto a secretaria de saúde		Dra Iliana				
Implantar busca ativa de pacientes com dislipidemias	Busca ativa implantada	Yanna Iliana	Setembro			
Implantar grupo de caminhadas	Grupo de caminhada implantada	Yanna Iliana	Setembro			

Serão realizadas avaliações trimestrais, após de implantação do plano de ação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na elaboração do plano de intervenção para acompanhamento de pacientes com dislipidemias, a equipe de saúde percebeu a relevância que tem nos resultados quando o paciente é bem informado sobre o tema, quando se melhora a estrutura de UBS e quando se promove mudanças de hábitos de vida da população.

Para isso, a utilização de PES foi essencial para que a equipe formulasse proposta baseada em evidências de serem resolvidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 CAMPOS, F. C. CFARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações de saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- 2 NISSINEN, A; BERRIOS, X; PUSKA, P. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo. Bull WorldHealthOrgan [Revista en Internet]. 2001[citado 18 Mar 2011]; 79(10) [aprox. 2p].
- 3 BERRIOS CARRASOLA, X. Las enfermedades crónicas del adulto y sus factores de riesgo. Un ejemplo de investigación epidemiológica. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile [Revista en Internet]. 1994[citado 18 Mar 2011]; 23 [aprox. 11p] CAMPOS, F. C. C.
- 4 IPPOLITOS HEPHERD J. Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie Promoción de la Salud No. 4. Washington, DC : OP.
- 5 DIRECTRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENCAO DA ARTERIOESCLEROSES. Departamento de arteriosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. Arquivo brasileiro de cardiologia. Rio de Janeiro 88,suplemento I,ABRIL,2007.
- 6 SANTOS, R. P. Dislipidemia em Hipertensos e Diabéticos na ESF Independência I em Montes Claros-MG: Projeto de Intervenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: < <http://www.enf.ufmg.br>>. Acesso em: 25 maio. 2015
- 7 DUTRA, C. D. T. ; MARTENS, I. B. G. ; DAVILA, L. ; MOURA, Fernanda Maria Lima . Avaliação do Risco para doenças e Agravos não Transmissíveis dos Pacientes Atendidos pelo Programa de Nutrição e Saúde. In: 11 Congresso Internacional de Nutrição , Longevidade & Qualidade de Vida, 2010, São Paulo. Nutrição em pauta, 2010.
- 8 GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde,Secretaria de Atenção à Saúde,Coordenação Geral da Política deAlimentação e Nutrição - Brasília:Ministério da Saúde, 2005.
- 9 SOUZA, L.J.; GICOVATE NETO, C; CHALITA, F.E.B.; REIS, A.F.; BASTOS, D.A.; SOUTO FILHO, J.T.D.; SOUZA, T.F. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. Arq. Bras. Endocrino Metab. 2003.

10 IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>.

11 (Fonte: www.sabaramq.gov.br).

12 MORTON R.E. Cholesteryl ester transfer protein and its plasma regulator: lipid transfer inhibitor protein. *Curr Opin Lipidol* 1994; 10:321-7.

13 GARCIA, R.C. - Diagnóstico laboratorial das dislipidemias - Validade dos métodos laboratoriais. In: Quintão ECR (ed) - Colesterol e Aterosclerose. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992; 31-44.

14 V DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATHEROSCLEROSE. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013; v. 101, (suppl1): p.1-36.

15 PAZ, A. A. M. et al. Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2014.