

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

**ALINE FERNANDEZ QUEVEDO**

**PREVALÊNCIA DE HIPELIPIDEMIA EM PACIENTES  
DO PROGRAMA HIPERDIA: UMA PROPOSTA  
DE INTERVENÇÃO**

**MACEIÓ – ALAGOAS  
2018**

**ALINE FERNANDEZQUEVEDO**

**PREVALÊNCIA DE HIPERLIPIDEMIA EM PACIENTES DO  
PROGRAMA HIPERDIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

**MACEIÓ – ALAGOAS**

**2018**

**ALINE FERNANDEZ QUEVEDO**

**PREVALÊNCIA DE HIPERLIPIDEMIA EM PACIENTES  
DO PROGRAMA HIPERDIA: UMA PROPOSTA  
DE INTERVENÇÃO.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professor (a):

Examinador 2 – Professor (a).

Aprovado em:        aos        de 2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me conceder a força necessária para trilhar este caminho. A minha família, pelo apoio e incentivo. A minha equipe de trabalho UBS VII, Jenipapo, pela sua parceria e paciência durante a coleta de dados. A minha orientadora Vanessa Lara de Araujo, pelo apoio, orientações, paciência e carinho durante esta construção.

## RESUMO

A hiperlipidemia em pacientes do programa Hiperdia, programa constituído de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, pode gerar graves consequências, como alto risco para as doenças cardiovasculares, aumento de internações e óbitos. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hiperlipidemia entre os pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus do Programa Hiperdia. O objetivo deste trabalho foi propor um plano de ação para diminuir a prevalência de hiperlipidemia nesses pacientes. Para a efetivação do objetivo, buscou-se elaborar um plano de intervenção, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional. Com base nas informações sobre a situação de saúde, foram definidos três nós críticos a serem trabalhados e intervenções para solucionar cada nó crítico. As intervenções apresentaram os seguintes focos: (1) estabelecer hábitos e estilos de vida adequados; (2) aumentar o nível de informação sobre os fatores de risco da hiperlipidemia e (3) melhorar a estrutura dos serviços de saúde para garantir cuidado e acesso a exames e medicamentos. Espera-se que a realização deste plano de ação possa gerar resultados satisfatórios para prevenir a hiperlipidemia e suas complicações, impactando positivamente na saúde dos pacientes do programa Hiperdia.

**Palavras-chave:** Hiperlipidemias. Diabetes mellitus. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Hyperlipidemia in patients of a program called "Hiperdia" (program of patients with hypertension and/or diabetes mellitus) can have serious consequences, such as high risk for cardiovascular diseases, increased hospitalizations and deaths. This work is justified by the high prevalence of hyperlipidemia among patients with hypertension and diabetes of the "Hiperdia" Program. The aim of this study was to propose a plan of action to reduce the prevalence of hyperlipidemia in these patients. In order to achieve the objective, an intervention plan was developed, using the Strategic Situational Planning method. Based on information about the health situation, three critical nodes were defined and interventions to solve each critical node were established. The interventions presented the following focuses: (1) to establish adequate habits and lifestyles; (2) to increase the level of information on risk factors for hyperlipidemia, and (3) to improve the structure of health services to ensure care and access to exams and medications. It is hoped that the implementation of this action plan can generate satisfactory results to prevent hyperlipidemia and its complications, positively impacting the health of the patients of the "Hiperdia" program.

Key words: Hyperlipidemias. Diabetes mellitus. Hypertension. Primary Health Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Termo relacionado a doenças de agravos não transmissíveis. Pacientes com Hipertensão e Diabetis
HDL	Lipoproteína de alta densidade High Density Lipoprotein
IMC	Índice de Massa corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 Breves informações sobre o município Igreja Nova .....	8
1.2 O sistema municipal de saúde .....	8
1.3 A Equipe de Saúde VII Jenipapo .....	9
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	11
1.5 Priorizações dos problemas (segundo passo) .....	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	15
3.1 Objetivo geral .....	15
3.2 Objetivos específicos .....	15
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	17
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	20
6.1 Descrições do problema selecionado (terceiro passo) .....	20
6.2 Explicações do problema (quarto passo) .....	20
6.3 Seleções dos nós críticos (quinto passo) .....	21
6.4 Desenhos das operações (sexto passo) .....	21
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	27

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre o município Igreja Nova**

Segundo a Enciclopédia Wikipédia (2018), Igreja Nova é um município brasileiro do estado Alagoas. Localiza-se a uma latitude 10°07'31" sul e a uma longitude 36°39'43" oeste, estando a uma altitude de 14 metros. Sua população estimada em 2004 era de 22.273 habitantes e atualmente tem pouco mais de 25 mil habitantes. Possui uma área de 429,9 km<sup>2</sup> e tem sua história ligada à exploração do rio São Francisco por pescadores saídos da cidade de Penedo que, por volta do século XIX, fundaram um povoado denominando-o de Ponta das Pedras e, em seguida, chamando-o de Oitizeiro. Logo foi erguida uma pequena capela em homenagem a São João Batista, até hoje padroeiro do município.

Economicamente, o município basicamente vive do setor agropecuário, por conta da sua localização e pela pequena população. O município é um dos maiores produtores de arroz, o que propicia o bom desenvolvimento da região. O município também desenvolve projetos de piscicultura em parceria com outras empresas. Nos últimos tempos, a agricultura da região tem sido profundamente alterada pelo setor sucroalcooleiro e pelo setor rizicultor industrial.

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

Segundo fontes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a grande maioria da população do município é completamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). Para prestar o atendimento o município conta com dez Unidades de Básicas Saúde (UBS), sendo sete localizadas na zona rural e três na zona urbana. Além disso, a cidade possui uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e um Laboratório Clínico. Um grande problema no desenvolvimento da Equipe de Saúde da Família (eSF), em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos e enfermeiros. O município fornece serviço de média e alta complexidade em municípios circunvizinhos, que são Penedo e Arapiraca.

### 1.3 A Equipe de Saúde VII Jenipapo

O nome dado ao lugar é devido ao cultivo abundante da fruta oriunda do jenipapeiro. Localizado na zona rural de Igreja Nova (mais especificamente na zona norte do município), no limite ao vizinho município de São Sebastião, está a quase 30 quilômetros da cidade. O povoado Jenipapo é um potencial turístico adormecido, justificando a centenária cidade a que pertence reconhecida pelo tímido crescimento estrutural. Apesar do grande valor histórico e cultural para a região, passa despercebido nos principais roteiros turísticos do estado. Mesmo assim, o engenho de Jenipapo resiste ao esquecimento e surge como um roteiro alternativo para alguns turistas. Como o acesso não é fácil e poucas pessoas sabem da sua existência e importância, não é simples chegar. É uma comunidade de aproximadamente 1.800 habitantes que vive basicamente do trabalho nas empresas rurais que plantam milho, arroz, mandioca, cana de açúcar, batata, feijão em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico é inexistente. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 50 anos. Ultimamente, a comunidade tem alcançado, por meio de grandes lutas de associações e outras investidas comunitárias, algumas melhorias na parte estrutural, como, melhorias e reformas no prédio escolar, construção de praça, melhoramento no cemitério local e nas bombas de captação de água para o abastecimento local e uso doméstico.

A associação local e a igreja desenvolvem juntas várias frentes de trabalhos que ajudam no desenvolvimento comunitário, trabalhos esses voltados para grupos de mães, adolescentes e crianças. As festas tradicionais são hábitos conservados pela população, como a festa da padroeira Nossa Senhora da Conceição. O carnaval, as festas de páscoa, vaquejadas e as festas juninas também fazem parte do cronograma comunitário.

A UBS da Equipe de Jenipapo foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na rua principal do povoado e é o centro de referência do PSF (Programa Saúde da Família) que compreende os povoados de Cotovelo, Lagoa

do Gado Bravo, Olho D'água do Taboado, Santiago e Fazenda Nova, sendo essa última onde está localizada a outra UBS que serve como extensão da unidade sede e está a aproximadamente 20 quilômetros desta. A grande distância entre as unidades de sede e extensão dificulta muito a ligação entre ambas para a boa execução dos trabalhos inerentes ao serviço de saúde, tendo em vista que apenas uma equipe de saúde presta serviço para toda essa área, que é extremamente descentralizada.

A UBS central é razoavelmente estruturada, havendo algumas irregularidades. A sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida. Embora o espaço físico seja muito bem aproveitado, não tem área destinada à recepção, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Apesar de existir espaço, não há cadeiras para todos e, muitos usuários precisam aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. A Unidade, atualmente, não está bem equipada e não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Por exemplo, a unidade funciona sem mesa ginecológica, sonar fetal, oxigênio, otoscópio, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta desses materiais dificulta o atendimento de qualidade.

A UBS funciona das 07:30 às 17:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo. A demanda é muito grande e as consultas são marcadas com horários distribuídos para cada agente comunitário de saúde, para evitar o aglomerado de pessoas no posto.

O tempo da equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento continuado de alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos e acompanhamento de crianças desnutridas. Para a demanda espontânea, ficam reservados entre cinco e seis atendimentos por dia. A equipe desenvolve outras ações de saúde, como grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de grávidas e de adolescentes. Em dependência do cronograma de atendimentos na unidade, que é elaborado mensalmente pela

equipe quando se reúne, se faz vacinação e citologia em diversos horários além das ações de educação permanente em saúde. O período da tarde fica reservada para fazer visitas domiciliares, receitas controladas e as consultas de planificação familiar.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Vários são os problemas locais, na maioria relativos à infraestrutura social, que necessitam intervenção, como falta de organização popular e das associações dos moradores, falta de calçamento em toda a cidade, principalmente nos conjuntos habitacionais, problemas na mobilidade humana (buracos na rua), falta de mais espaços de lazer, falta de arborização, falta de coleta seletiva do lixo, animais soltos nas ruas e avenidas, falta de transporte coletivo para a zona rural; água contaminada, abastecimento precário de água, com volume reduzido no período de estiagem, presença de só uma escola muito pequena e com condições inadequadas;

Entretanto, tomando mais especificamente a questão saúde, os principais problemas detectados no território são:

- 1- Falta de profissionais de saúde especializados.
- 2- Falta de boa relação com outros municípios que oferecem outros serviços em saúde.
- 3- Carência da criação de um modelo de atenção em saúde mais sofisticado;
- 4- Precária infraestrutura da unidade de saúde (assentos, ar condicionado, mesas e equipamentos odontológicos, abastecimento de água)
- 5- Falta de vigilância epidemiológica permanente;
- 6- Falta de Instrumentais de qualidade para a realização de procedimentos curativos;
- 7- Elevado número de pacientes hipertensos não diagnosticados.
- 8- Alto porcentagem de pacientes hipertensos com- baixa adesão ao tratamento;
- 9- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos;

- 10- Desconhecimento das mulheres sobre os fatores de risco de câncer de mama e colo de útero;
- 11- Desconhecimento dos homens sobre os fatores de risco de câncer de próstata;
- 12- Inadequada pesquisa de sangue oculta nas fezes;
- 13- Alto número de pacientes cadastrados com Diabetes Mellitus;
- 14- Alta porcentagem de Hiperlipidemia em pacientes do Programa Hiperdia.

### 1.5 Priorizações dos problemas (segundo passo)

A seleção dos problemas foi feita a partir da análise do quadro abaixo, no qual a equipe de saúde da família determinou o grau de importância de cada problema, bem como a urgência e capacidade da equipe de resolvê-lo.

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Jenipapo, Unidade Básica de Saúde Jenipapo, município de Igreja Nova, estado de Alagoas.**

Principiais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Falta de profissionais de saúde especializados	Alta	01	Fora	14
Falta de boa relação com outros municípios que oferecem outros serviços em saúde	Alta	01	Fora	13
Carência da criação de um modelo de atenção em saúde mais sofisticado	Alta	01	Parcial	12
Precária infraestrutura da unidade de saúde (assentos, ar condicionado, mesas e equipamentos odontológicos, material para curativos, abastecimento de água)	Alta	01	Fora	11
Falta de vigilância permanente	Alta	01	Parcial	10
Falta de Instrumentais de qualidade para a realização de procedimentos curativos	Alta	01	Fora	09
Elevado número de pacientes hipertensos não diagnosticados	Alta	02	Parcial	08
Alta porcentagem de pacientes hipertensos com baixa adesão ao tratamento	Alta	02	Parcial	07
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos	Alta	02	Parcial	06

Desconhecimento das mulheres sobre os fatores de risco de câncer de mama e colo de útero	Alta	03	Parcial	05
Desconhecimento dos homens sobre os fatores de risco do câncer de próstata	Alta	03	Parcial	04
Inadequada pesquisa de sangue oculta nas fezes	Alta	03	Parcial	03
Alto número de pacientes cadastrados com Diabetes Mellitus	Alta	04	Parcial	02
Alta porcentagem de Hiperlipidemia em pacientes do Programa Hiperdia	Alta	05	Parcial	01

Total de pontos distribuídos: 30

A partir da análise do Quadro 1, pode-se concluir que o problema prioritário é a alta prevalência de hiperlipidemia em pacientes do programa Hiperdia, por que existe um elevado número de pacientes portadores desta doença. Sabe-se que os demais problemas são também importantes, mas, para o momento as ações de saúde apenas um problema será priorizado.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela constatação da alta prevalência de hiperlipidemia entre os pacientes do Programa Hiperdia. Esse programa é constituído de pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes melittus. A hiperlipidemia nesses pacientes com níveis pressóricos altos e com glicemia não controlada pode gerar graves consequências. O que se nota é a dificuldade no controle e tratamento da hipertensão e diabetes associada aos hábitos de vida não saudáveis dos usuários, como o não cumprimento das orientações não farmacológicas, tais como: alimentação adequada e prática de atividades físicas podendo assim agravar o quadro desses pacientes e o risco de consequências graves que interfiram na qualidade de vida. A hiperlipidemia nesses pacientes resulta em um alto risco para as doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico (AVE), aumento de internações e até óbitos. Toda a equipe participou da análise dos problemas levantados e após o estudo do caso considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção para reduzir a prevalência de hiperlipidemia nos pacientes. Portanto, essa proposta de intervenção é viável, necessitando apenas melhorar a gestão de recursos humanos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor e estabelecer um plano de ação no intuito de diminuir a prevalência de hiperlipidemia entre os pacientes do Programa Hiperdia.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1– Avaliar, elaborar e realizar ações que incentivem a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis (melhora da alimentação e prática de atividade física).

2 – Avaliar o nível de conhecimento dos usuários e propor ações para melhorar o nível de informação dos pacientes do programa de Hiperdia sobre os fatores de risco da hiperlipidemia.

3 – Avaliar e melhorar a estrutura e o processo de trabalho para atendimento e acompanhamento de pessoas com risco de hiperlipidemia.

#### 4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico pela eSF a partir das observações durante as consultas onde as mesmas serviram como base para coleta de dados tendo como auxílio as informações também contidas nos prontuários dos pacientes. Nos prontuários, encontramos informações sobre os exames laboratoriais referentes ao nível de colesterol total e fracionado, bem como os sintomas referidos pelos pacientes. Além disso, por meio de entrevistas com informantes chaves (representantes da comunidade) e observação ativa da área, os problemas da região também foram levantados. Em seguida, em reuniões semanais, cada membro da equipe de saúde expôs quais problemas eram mais relevantes, chegando ao consenso que o problema prioritário seria o elevado grupo de pacientes com hiperlipidemia do Programa de Hiperdia. Para enfrentamento desse problema, foi necessário elaborar um plano de intervenção, utilizando o método preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional seguindo os passos determinados pelo mesmo.

Para adquirir conhecimento teórico sobre o tema, foi realizada uma busca na literatura nas bases de dados da LILACS e SciELO, nas publicações do Ministério de Saúde e na biblioteca virtual da Universidade Federal de Minas Gerais e em livros. Para a realização desta pesquisa, os seguintes descritores foram utilizados: Hipertensão, Diabetes, Atenção Primária à Saúde, Hiperlipidemias, Saúde da Família.

Logo após a construção, avaliação e apreciação narrativa da literatura, foi elaborado pela equipe de saúde um plano de intervenção objetivando diminuir a prevalência de hiperlipidemia em pacientes do programa Hiperdia na área de abrangência da eSF Jenipapo do município Igreja Nova em Alagoas.

Na elaboração do trabalho tomou-se como referência a pesquisa “in loco” e o módulo “Iniciação à metodologia: elaboração de texto” (CORRÊA, VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) classifica as dislipidemias em primárias e secundárias e afirma que essa patologia é um dos fatores responsáveis pela aterogênese, que é o processo inflamatório endoarterial insidioso que pode culminar em doenças cardiovasculares de origem aguda com um alto índice de morbimortalidade. Goldberg (2013) também define a dislipidemia como um distúrbio que altera os níveis em sangue dos lipídios, podendo elevar o colesterol, triglicerídeos ou ambos (hiperlipidemia) ou reduzir os níveis das lipoproteínas.

A hiperlipidemia é definida como um aumento nas lipoproteínas circulantes e é traduzida por um aumento no colesterol ou triglicerídeos no plasma ou em ambos. Isso pode ser devido à produção excessiva, ou a catabolização insuficiente ou defeituosa de uma ou mais lipoproteínas (BAIGENT et al., 2010). A hiperlipidemia é um fator de risco para a aterosclerose, que é uma doença vascular crônica que afeta as artérias de calibre médio e grande, com desenvolvimento de placas ateromatosas e redução da luz vascular (BAIGENT et al., 2010). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) nos países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares ocupam um lugar predominante entre as causas de morbidade e mortalidade, embora existam variações entre os diferentes países.

A detecção precoce da hiperlipidemia e a intervenção terapêutica precoce são elementos-chave para a prevenção de doenças cardiovasculares. Apesar das numerosas evidências sobre o gerenciamento clínico da hiperlipidemia, a taxa de pacientes que atingem um controle adequado dos níveis de lipídios, especialmente em pacientes com risco cardiovascular alto é muito baixo (BANEGAS et al., 2006; MEDRANO et al., 2005).

No tocante ao tratamento não medicamentoso da hiperlipidemia ressalta-se a diminuição do peso. Portanto, todos os pacientes com peso acima do ideal, com índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m<sup>2</sup> (IMC = peso/altura<sup>2</sup>), devem ser encorajados a participarem de um programa de atividades físicas aeróbicas e redução da ingestão de calorias, com o objetivo de reduzir peso (NOBRE et al., 2013).

Segundo o II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias (1996), o incentivo à prática de exercícios físicos deve estar presente na orientação médica como

um tratamento não medicamentoso para o controle da hiperlipidemia. A prática de exercícios físicos aeróbicos aumenta o HDL (lipoproteína de alta densidade), reduz a pressão arterial, colabora no controle do peso corpóreo e reduz o colesterol e os triglicéridos. Em relação à terapia nutricional, recomenda-se a diminuição da ingestão de alimentos ricos em colesterol e em ácidos graxos saturados. Do ponto de vista prático, restringe-se o consumo de gordura animal devendo ser estimulado o consumo de fibras solúveis. A alimentação básica passa a ser constituída por carnes brancas, carne vermelha sem gordura aparente, todos os vegetais, frutas, óleos vegetais, margarina cremosa, leite desnatado e derivados (COSTA; MARTINEZ, 1997). Para Weschenfelder (2012), a educação em saúde na atenção básica é um instrumento de intervenção muito importante, pois conhecendo a realidade da população da área de abrangência, as intervenções propostas pela equipe multiprofissional podem produzir melhores resultados. O autor ainda aborda a necessidade de valorizar os novos conceitos de saúde, doença e a participação do usuário na elaboração do seu plano de intervenção, com estímulo à redução do peso entre aqueles com sobrepeso, à implementação de atividades físicas, ao aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, dentre outros, com o intuito de estimular o autocuidado e promover uma melhoria da qualidade de vida da população (WESCHENFELDER, 2012).

Cabe considerar que, uma das ferramentas importantes nesse processo de cuidado é a educação permanente em saúde, um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico, visando à transformação do trabalho e estimulando uma atuação mais crítica, reflexiva e compromissada que busca respeitar as características regionais e necessidades específicas (JESUS et al., 2011, BACKES et al., 2003 apud et al., 2013). Com a educação permanente em saúde, os serviços são contemplados com profissionais mais competentes, responsáveis e com um trabalho mais consciente, reflexivo e qualificado que reflete para a população como um serviço de qualidade que tanta se almeja nas políticas públicas de saúde.

Assim, ao pensar em todos os fatores que permeiam a promoção e prevenção à saúde no tocante à pessoa com hiperlipidemia é fundamental construir um plano de intervenção com o propósito de diminuir a sua prevalência

e, como consequência, reduzir o índice de morbimortalidade nestes pacientes por doenças cardiovasculares.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Após a estimativa rápida realizada verificou-se a presença de um elevado percentagem de pacientes com hiperlipidemia. A partir de então, conhecendo a realidade vivenciada pelos pacientes, a equipe reorganizou a agenda e vem planejando formas de ampliar ações para esta população. Através das consultas e visitas domiciliares, a equipe vem conseguindo levar orientações para melhorar o meio de vida e o bem-estar dos pacientes do programa Hiperdia que apresentam hiperlipidemia visando melhorar a qualidade de vida e o controle da doença. Este foi o problema escolhido pelos profissionais da equipe para propor uma intervenção visando ampliar as ações, avaliar e monitorar os resultados destas ações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que moram no território.

### **6.1 Descrições do problema (terceiro passo)**

O tema que escolhemos para ser abordado é alto percentual de hiperlipidemia em pacientes do Programa de Hiperdia. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste são hábitos e estilos de vida inadequada, dieta não saudável, falta de prática de exercícios físicos, baixo nível de informação e de educação e falta de estrutura do serviço de saúde.

### **6.2 Explicações do problema (terceiro passo)**

A hiperlipidemia é definida como um distúrbio no qual os níveis de colesterol, triglicerídeos ou ambos estão elevados no sangue. As causas da hiperlipidemia são:

- alguns hábitos de vida, como sedentarismo, estresse, alimentação não saudável, se relacionam com aumento de obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes e Hiperlipidemia.
- o baixo nível de informação sobre os riscos e agravos da hiperlipidemia relacionam-se com aumento de obesidade, HAS e Diabetes.
- fatores hereditários também estão associados com ocorrências de hiperlipidemia.

- estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho interferem no uso de protocolo, diagnóstico, referência e contra referência. A capacitação do pessoal pode melhorar o acompanhamento dos riscos e melhorar a autonomia do paciente com risco de hiperlipidemia aumentado através de uma atenção integral, com conseqüente diminuição das complicações.

A principal conseqüência do excesso de colesterol em sangue é o desenvolvimento de doenças coronárias. Ela está intimamente ligada à arteriosclerose, uma alteração degenerativa que afeta as artérias que se formam placa de ateromas, que obstruem total ou parcialmente as artérias coronárias que irrigam o coração e pode produzir angina de peito e infarto do miocárdio. No cérebro provoca isquêmica, podendo acontecer um AVE. Já quando a obstrução é nas extremidades, pode favorecer a gangrena de um membro, podendo levar à amputação do membro. Portanto, podem ocasionar um aumento de internações, invalidez, aposentadoria, desemprego, óbitos e da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

A alta porcentagem de hiperlipidemia em pacientes do Programa de Hiperdia apresenta os seguintes nós críticos:

- Hábitos e estilos de vida inadequados da população
- Baixo nível de informação da população sobre os fatores de riscos da hiperlipidemia em pacientes do programa Hiperdia.

Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado

### **6.4 Desenhos das operações (sexto passo)**

O desenho de operações nos permite estabelecer projetos e ações com o intuito de combater os nós críticos e solucionar o problema selecionado no diagnóstico situacional. Os quadros 2, 3 e 4 sistematizam as informações aos projetos elaborados para cada nó crítico identificado.

**Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência de hiperlipidemia pacientes do Programa Hiperdia”, junto à população de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilos de vida inadequados da população
<b>Operação</b>	Estabelecer hábitos e estilos de vida adequados na população
<b>Projeto</b>	<b>Mudanças e saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir o número de obesos e sedentários na população</li> <li>- Aumentar o número de pessoas com uma dieta balanceada, rica em vegetais, frutas e peixe</li> </ul>
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de realização de exercício físico em geral implantado</li> <li>- Programa de palestras para grupos sobre alimentação saudável implantado</li> <li>- Orientação individual para ensinar e estimular mudanças de hábitos e estilo de vida</li> </ul>
<b>Recursos necessários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutural/Organizacional: espaço para programa de exercícios físicos e palestras, organização da agenda para realizar orientações individuais, mobilização social em torno da realização de exercícios físicos</li> <li>- Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação</li> <li>- Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais para as palestras e impressão de folhetos educativos</li> <li>- Político: articulação Inter setorial (parcerias com educação e NASF)</li> </ul>
<b>Recursos críticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutural: conseguir um lugar na comunidade para a realização dos exercícios físicos.</li> <li>- Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos explicativos</li> <li>- Político: necessidade de um professor de educação física e um nutricionista</li> </ul>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	<p>Ator que controla: Gestor Municipal, Secretaria de Saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar plano de ação ao gestor local.
<b>Prazo</b>	Três meses para o início das atividades
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	<p>Equipe de Saúde VII.</p> <p>Nutricionista do NASF</p> <p>Professor de educação física</p>
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de realização de exercícios físicos será realizado pelo professor de educação física que se encarregará de manter as atividades em andamento. - O programa de palestras para grupos será realizado pela médica e enfermeira da equipe de saúde, além da nutricionista do NASF. Elas se encarregarão de programar as palestras relacionadas ao tema e manter as atividades em andamento. - A orientação individual será realizada pela médica durante as consultas e ela será encarregada de monitorar e manter o</li> </ul>

	andamento da mesma.
--	---------------------

**Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência de hiperlipidemia em pacientes do Programa Hiperdia”, junto à população de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.**

<b>Nó crítico 2</b>	Baixo nível de informação da população sobre os fatores de riscos da hiperlipidemias em pacientes do programa de Hiperdia
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos da hiperlipidemias em pacientes do programa de Hiperdia
<b>Projeto</b>	Conhecimento compartilhado
<b>Resultados esperados</b>	População mas informada sobre os riscos da hiperlipidemia e as possíveis complicações.
<b>Produtos esperados</b>	- Avaliação do nível de informação da população sobre as consequências de Hiperlipidemia - Campanhas educativas na comunidade
<b>Recursos necessários</b>	- Estrutural / Organizacional: organização da agenda para proporcionar um maior nível de informação através de palestras e conversas. - Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas - Financeiro: proporcionar materiais educativos relacionados ao tema.
<b>Recursos críticos</b>	- Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Ator que controla: Gestor Municipal, Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Não e necessário
<b>Prazo</b>	Quatro meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Equipe de Saúde VII População
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações.</b>	Deverá ficar a cargo da médica e enfermeira as quais terão responsabilidades mútuas em garantir o aumento do nível de informação da população e refletir sobre as dificuldades encontradas, dar sugestões de melhoria e propor novas ações.

**Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Prevalência de hiperlipidemia em pacientes do Programa Hiperdia”, junto à população de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.**

<b>Nó crítico 3</b>	Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado
<b>Operação</b>	Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para garantir cuidado e acesso a exames e medicamentos de pacientes diabéticos e hipertensos
<b>Projeto</b>	<b>Organização nota 10</b>
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo de trabalho mais organizado para o cuidado dos pacientes do Programa Hiperdia</li> <li>- Maior disponibilidade de medicamentos para os usuários do Programa Hiperdia.</li> <li>- Exames mais disponíveis para os pacientes</li> <li>- Agenda organizada para as atividades da equipe.</li> </ul>
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos capacitados em relação às suas funções específicas.</li> <li>- Equipe ciente e comprometida com a comunidade.</li> <li>- Cooperação de toda equipe.</li> <li>- Medicamentos e exames disponíveis para a população.</li> <li>- Atendimentos conforme agenda programada exceto nos casos emergenciais.</li> <li>- Protocolo implantado.</li> </ul>
<b>Recursos necessários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutural/Organizacional: organizar a equipe</li> <li>- Cognitivo: elaboração da adequação do número de consultas e exames disponibilizados</li> <li>- Financeiro: financiar demandas de medicamentos e exames necessários e consultas especializadas.</li> <li>- Político: garantir os recursos para aquisição de medicamentos, realização de exames e consultas especializadas.</li> </ul>
<b>Recursos críticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Político: decisão de aumentar os recursos para melhorar a estrutura dos serviços</li> <li>- Financeiros: garantir os recursos para exames, medicamentos e a contratação de especialistas</li> </ul>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Ator que controla: Equipe de Saúde da Família VII, Gestor municipal. Motivação: Favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto ao gestor local
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Gestor Municipal Secretaria de Saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Processo de trabalho mais organizado a cargo da enfermeira da equipe. Ela se encarregará de organizar a agenda de trabalho mês por mês além de criticar o processo de forma construtiva garantindo a melhoria. O gestor municipal se encarregará de garantir os medicamentos necessários, assim como os exames e consultas especializadas.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este projeto tem com estratégia intervir em nossa área de abrangência de forma direta para obter resultados satisfatórios no que concerne (1) ao nível de informação da população em relação aos fatores de risco da hiperlipidemia, (2) à estrutura e organização dos serviços de saúde e (3) ao estilo de vida da população, incorporando a prática de atividades físicas e alimentação saudável. O objetivo deste projeto de intervenção é diminuir a prevalência de hiperlipidemia em pacientes do Programa Hiperdia. Espera-se, portanto, que nos âmbitos individual e coletivo, seja alcançado a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravo e a redução de danos com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde dos pacientes com hiperlipidemia.

## REFERÊNCIAS

BAIGENT, C. et al. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. **Lancet**. v. **20**, n. 10 p. 376-387, 2010.

BANEGAS, J.R.; VILLAR, F.; GRACIANI, A.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. **Esp Cardiol**.v.6, Supl. p. 3-12, 2006. Disponível em: <<http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-las-enfermedades-cardiovasculares-espana/articulo/13113730/>> Acesso em: 27 maio 2018

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 12 jul. 2017

COSTA R. P., MARTINEZ T. L. R. Terapia nutricional na hipercolesterolemia. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 1997; 4: 485-9. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000075&pid=S0066-782X199800120001200015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000075&pid=S0066-782X199800120001200015&lng=pt)>. Acesso em: 12 jul 2017

GOLDBERG, A. C. MERCK MANUAL. Dyslipidemia (Hyperlipidemia): Last full review/revision, maio 2018 Disponível em: <<http://www.merckmanuals.com/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/lipid-disorders/dyslipidemia#>>. Acesso em: 27 maio 2018.

JESUS et al., 2011, BACKES et al., 2003 apud MORAIS et al., 2013). Disponível em: <[http://scholar.google.com.br/scholar\\_url?url=http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1561/1/Franciani%2520Rodrigues.pdf&hl=pt-PT&sa=X&scisig=AAGBfm1cTN0owe-gYnHiZuCcKC\\_\\_x9yYQA&noss=1&oi=scholar](http://scholar.google.com.br/scholar_url?url=http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1561/1/Franciani%2520Rodrigues.pdf&hl=pt-PT&sa=X&scisig=AAGBfm1cTN0owe-gYnHiZuCcKC__x9yYQA&noss=1&oi=scholar)> Acesso em: 21 maio 2018

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Revista de Medicina** (Faculdade Ribeirão Preto/USP). v. 46, n. 3, p. 256-72, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69136>> Acesso em: 12 jul 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA- SBC. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.. **Arq. Bras Cardiol**. 2013; 101(4Supl.1): 122. .  
FALUDI, A. A.et al.

Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose 2017Arq. Bras. Cardiol. vol.109 no.2 supl.1 São Paulo Aug. 2017  
<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170121>  
Diretrizes

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2017001100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001100001)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias. Detecção, Avaliação e Tratamento. **Arq. Brasil Cardiol** 1996; 67:1-16. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302000000400025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000000400025)> Acesso em: 18 jul 2018

WESCHENFELDER, D. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. Especialização em Saúde da Família: resumos dos trabalhos de conclusão do curso / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: COELHO, E. B. S. et al. – Florianópolis: UFSC, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/>>. Acesso em: 12 jul. 2018

WIKIPEDIA. **Igreja Nova, Alagoas**. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Igreja\\_Nova\\_\(Alagoas\).2018](https://pt.wikipedia.org/wiki/Igreja_Nova_(Alagoas).2018), online. Acesso em 29 set. 2018.