

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

PEDRO EMILIO GONZALEZ PORTILLO

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

**MACEIO-ALAGOAS
2016**

PEDRO EMILIO GONZALEZ PORTILLO

**PREVALÊNCIA DE HIPERCOLESTEROLEMIA 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.

Orientadora: Prof.^aDr^a Margarete Pereira Cavalcante

**MACEIO-ALAGOAS
2016**

PEDRO EMILIO GONZALEZ PORTILLO

**PREVALÊNCIA DE HIPERCOLESTEROLEMIA 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.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margarete Pereira
Cavalcante

Banca examinadora

| Examinador 1- Prof.^a Dr.^a Margarete Pereira Cavalcante - UFAL

Examinador 2 – Prof. Edison José Corrêa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

DEDICATÓRIA

| Aos meus pais, porque foram eles que me deram este dom maravilhoso: a vida.

| À minha família, por acreditar em mim, apoiando-me para seguir em frente.

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 #7, pela sua parceria e paciência durante a coleta de dados..

A minha orientadora Prof.^a Margarete Pereira Cavalcante, pelo apoio, orientações, paciência e carinho durante esta construção.

“Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que, com frequência, poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar.”

William Shakespeare

RESUMO

Hipercolesterolemia é um fator de risco cardiovascular em pacientes do programa Hiperdia. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipercolesterolemia entre os pacientes com hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e idosos e pelo número de pacientes do Programa Hiperdia com níveis pressóricos altos, hiperglicemia não controlada e pelo risco aumentado de complicações e suas consequências. O objetivo é propor um plano de ação para diminuir a incidência de hiperlipidemias em pacientes do Programa. Ademais, promover atividades educativas e ações corretivas e preventivas para a população assistida. Para a efetivação dos objetivos, buscou-se elaborar um plano de intervenção, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Com base nas informações sobre a situação de saúde, foram definidos nós críticos a serem trabalhados por meio de uma intervenção que promova a diminuição da morbimortalidade e melhore o acompanhamento dos pacientes do Programa Hiperdia com hipercolesterolemia. Por fim, entende-se que a utilização de intervenções educacionais favorece o conhecimento da doença e de suas possíveis complicações e de como preveni-la.

Palavras-chave: Hipercolesterolemia. Diabetes mellitus tipo II. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypercholesterolemia is a factor of cardiovascular risk in patients of the Hiperdia Program. This work is justified by the high prevalence of hypercholesterolemia among patients with hypertension, *diabetes mellitus II* and elderly, and by the number of patients on the Program, with uncontrolled blood pressure, high blood glucose, increased risk to hypercholesterolemia and its consequences. An action plan is proposed to promote corrective and preventive actions and educational activities to the population assisted by the program. For the implementation of the goals, it was important to draw up a contingency plan, using the Situational Strategic Planning (PES) method. Based on information about the health situation, critical nodes have been defined to be worked in an intervention plan that promotes actions to reduce morbidity and mortality and could monitor patients in the Hiperdia Program.

Key words: Hypercholesterolemia. [Hypertension](#). [Primary](#) Health Care. Family health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1** Distribuição da população urbana e rural de Igreja Nova segundo faixa etária, 2013.
- Tabela 2** Percentual da população segundo situação do saneamento básico no município de Igreja Nova, 2013.
- Quadro 1** Priorização dos problemas encontrados na Equipe de Saúde Família VII
- Quadro 2** Descrição dos usuários com hipercolesterolemia por micro áreas da Equipe de Saúde da Família VII
- Quadro 3** Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema “Prevalência de Hipercolesterolemia em pacientes do programa Hiperdia”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.
- Quadro 4** Operações sobre o “crítico” relacionado ao problema “Prevalência de Hipercolesterolemia em pacientes do programa Hiperdia”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
JUSTIFICATIVA	19
OBJETIVO	20
METODOLOGIA	21
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Igreja Nova, de acordo IBGE (BRASIL, 2014), é um dos municípios mais antigos do estado de Alagoas, e tem sua história ligada à exploração do rio São Francisco por pescadores vindos 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.

Sua povoação foi desmembrada de Penedo e teve seus limites fixados pela Resolução 849, de 1880. As primeiras tentativas de elevar o povoado a vila (com leis de 1885 e 1889) não surtiram efeito. Em 1890, por meio do Decreto 39, o processo se completou e a nova vila passa a se chamar Triunfo. Apenas em 1897 foi elevada à condição de cidade. O nome Igreja Nova, porém, só foi adotado em 1928 (IBGE) (BRASIL, 2014).

Ainda de acordo com o IBGE (BRASIL, 2014), Igreja Nova é um município localizado na microrregião leste do estado de Alagoas. A população é de 23.570 habitantes que ocupam uma área 410 km², sendo que, 7.230 habitam a zona urbana e 16.340 a zona rural.

O clima é tropical chuvoso com verão seco. Estação chuvosa no outono /inverno. A religião Católica predomina entre sua população que comemora São João Batista, no dia 24 de junho, o santo protetor da cidade, embora existam outras religiões como Assembleia de Deus e Igreja Universal do Reino de Deus.

Através da coleta de dados realizada no SIAB (2013) do município foi possível levantar um diagnóstico situacional da área de abrangência possibilitando a equipe conhecê-la melhor, e compreender os problemas vivenciados pela população.

Em relação aos aspectos demográficos Tabela 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária.

Tabela 1- Distribuição da população urbana e rural de Igreja Nova/AL, segundo faixa etária, 2013.

Faixa etária	Urbana	Rural	Nº	%
Até 1 ano	52	182	234	1.0
1 - 4	404	910	1314	5.6
5 - 9	732	1611	2343	9.9
10 - 14	1002	1581	2583	10.9
15 - 19	1006	1378	2384	10.2
20 - 39	1023	4771	5794	24.5
40 - 49	1000	1531	2531	10.8
50 - 59	953	1694	2647	11.3
60 e mais	1058	2682	3740	15.8
Total	7230	16340	23570	100

Fonte: IBGE, Igreja Nova, 2013.

Ao analisar a Tabela 1 constata-se que há uma predominância da população da zona rural sobre a zona urbana em todas as faixas etárias. A taxa de crescimento anual da população no período de 2000/2013 foi de 0.75 % e a densidade demográfica foi de 54,36% hab./km.

De acordo com IBGE (BRASIL, 2014) em relação aos aspectos socioeconômicos e de arrecadação podemos constatar que as principais atividades socioeconômicas da Igreja Nova são: agricultura, pecuária e silvicultura. É um dos maiores produtores de arroz do estado, com reconhecida importância no desenvolvimento da região ribeirinha do rio São Francisco. Também se destaca pelo cultivo em grande escala, da cana de açúcar tal fato incitou a implantação no município, de uma usina de açúcar e álcool, a qual fora instalada no povoado de Perucaba.

Em relação às condições de saneamento básico do município a Tabela 2 sintetiza informações relevantes, apresentadas a seguir.

Tabela 2 - Percentual da população segundo situação do saneamento básico no município de Igreja Nova, 2013.

Abastecimento de água	Ano de_2000	Ano de_2010
Rede fgeral	36,1%	59,64%
Poço ou nascente (na propriedade)	52,5%	38,9%
Outra forma	1,4%	1,6%
Instalação sanitária	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	37,4%	49,8%
Fossa séptica	0,1%	1,9%
Fossa rudimentar	3,2%	10,5%
Não tem instalaçãosanitária	28,4%	5,5%
Coleta de lixo	2000%	2010
Coletado	14,0%	54,5%
Queimado (na propriedade)	42,2%	34,5%
Enterrado (na propriedade)	8,8%	0,4%

Fonte: IBGE/Censos Demográficos. Igreja Nova, 2013.

A Tabela-2 demonstra uma progressiva evolução no abastecimento de água, instalação sanitária e coleta de lixo, este fato vai contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e na prevenção de doenças.

Segundo o IBGE_(BRASIL, 2014), a situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores: taxa de escolarização com um percentual de 31,14%, a taxa de alfabetizados com idades acima de 10 anos (41,90% da população) e a taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 27,16% nas últimas duas décadas.

Em relação ao seu sistema municipal de ensino, Igreja Nova possui 32 escolas de ensino pré-escolar, 55 Escolas de ensino fundamental, e 01 escola de ensino médio. No município, existem 8.979 habitantes alfabetizados com idades acima de 10 anos, o que representa 41,90% da população (BRASIL 2014).

O município conta com muitos recursos da comunidade, incluindo unidades básicas de saúde (UBS), clínicas, laboratórios, escolas municipais, além dos serviços de luz elétrica, água, telefonia fixa e móvel, correios e agencias bancárias.

O município conta com um sistema de saúde 100% público – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, visto que sua população utiliza seus serviços. Para prestar o

atendimento o município conta com nove unidades de Saúde da Família, sendo sete localizadas em zona rural, uma casa maternal e um laboratório clínico. Existe uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com objetivo de promover à qualidade de vida da população por meio de ações educativas e/ou de reabilitação.

No município não existem clínicas privadas. O laboratório público não está funcionando o que dificulta o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, apesar da existência de um laboratório particular que presta serviços à Secretaria Municipal de Saúde.

O município conta com duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade. Possui também, em pleno funcionamento, 01 Conselho Municipal de Saúde.

De acordo com SIAB (2013) ao referenciar os aspectos epidemiológicos o município destaca com o combate ao mosquito *Aedes aegypti* transmissor da dengue por meio da conscientização junto à população, utilizando ações educativas como palestras. São realizados eventos com objetivo de multiplicar as informações pro de um município limpo e saudável, a fim de combater o transmissor prevenindo, assim, a incidência da doença. Também temos como meta preconizar a disponibilidade de um agente alcançar 800 a 1000 residências bimensais, correspondendo a um rendimento diário de 20 a 25 residências\dia.

Na Unidade Básica de Saúde Maria Idenalva dos Santos, do bairro de Jenipapo, suas ações são desenvolvidas de segunda à quinta-feira por uma equipe integrada por um médico, atuando 40 horas, uma enfermeira com carga horária de 40 horas, 01 dentista, 40 horas, 02 técnicas de enfermagem, 40 horas, 01 auxiliar de dentista 40 horas, seis agentes de saúde e 02 auxiliares serviços gerais.

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo montanhoso com ruas não pavimentadas. A UBS foi implantada em 1993 e há 20 anos está instalada em duas sedes própria e funciona de segunda a sexta-feira das 7 às 16 horas. A unidade conta, também, com uma Farmácia Popular.

A UBS está situada a 20 km do centro da cidade. O prédio é próprio e tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com

quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, 01 sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, farmácia, cadeira de dentista, sala de expurgo e de esterilização. Além da estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

Os atendimentos de média e alta complexidade são realizados em Penedo e Arapiraca. A equipe de saúde realiza consultas agendadas e visita domiciliar respondendo o diferente programa de impacto como Programa de Hipertensão, sistema de vigilância epidemiológica, como campanha de vacinação, programa de atenção à mulher (citologia orgânica, planejamento familiar) e os demais programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Todo paciente com quadro agudo é atendido por demanda espontânea.

A equipe realiza mensalmente reunião para informação estatística e análises de dificuldades no processo de trabalho apresentadas no mês.

O sistema de referência e contra referência não funciona bem porque os pacientes que são encaminhados para consultas ou para atenção secundária retornam sem nenhuma informação para atenção básica.

Segundo os dados do SIAB o posto de saúde tinha cadastrado no final de 2013, 198 portadores de hipertensão arterial, 53 portadores do diabetes. As principais causas de internação: as principais causas de internação no ano 2013, segundo dados do SIH DATASUS, foram: complicações do diabetes, AVC e câncer.

As principais causas de óbitos no ano 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados do SIH DATASUS foram: doenças cardiovasculares, pneumonia. Em relação à taxa de mortalidade infantil foi de 26,9 por cada 1000 nascidos vivos. Já a cobertura vacinal da população menores de 5 anos de idade foi de 91.3 %.

Todos os dados apresentados são produtos do diagnóstico situacional realizado pela equipe que possibilitou avaliar a real condição do estado de saúde e necessidades da população da área de abrangência.

Todo este contexto apresentado foi de fundamental importância no desenrolar do trabalho, pois possibilitou ao profissional conhecer a realidade e os aspectos que

envolvem sua área de abrangência, considerando os aspectos socioeconômico, cultural e ambiental que podem interferir no processo saúde-doença do indivíduo.

Em janeiro de 2014 fomos apresentados à minha equipe da Estratégia de Saúde da Família localizada na zona rural. Esta UBS permaneceu muito tempo sem médico efetivo para exercer atividades do programa, e percebi que aquela era uma população carente de saúde, além o local onde a ESF funcionava não apresentava condições ótimas para desenvolver todas as atividades inerentes.

No decorrer dos atendimentos médicos, tanto no tocante ao Programa Hipertensão como nas demandas espontâneas, foram observados novos casos e aspectos que interferiam no controle dos mesmos, como os hábitos alimentares e a tomada incorreta dos medicamentos bem como a falta de informação por parte de alguns pacientes. Além disso, tivemos óbitos tendo como causa base a hipertensão arterial sistêmica. Também chamou atenção um aspecto essencial dentro do âmbito da saúde pública, que é a prática de atividades de educação em saúde.

Diante dessa situação, foi realizada uma reunião com a equipe durante a produção mensal para expor o problema e todas as falas dos integrantes da equipe remetiam, também, para estas observações. Logo, várias ideias surgiram diante da necessidade de modificar aspectos relacionados ao processo de trabalho, como por exemplo, intensificar as palestras educativas, realização de uma triagem mais detalhada, uma parceria mais efetiva com a equipe do NASF, e um aumento da frequência das visitas aos pacientes de risco.

Cabe destacar que a ESF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e que os profissionais e população criam vínculos de corresponsabilidade, essas características presentes tornam ainda mais viável a proposta deste estudo.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela constatação da alta prevalência de Hipercolesterolemia entre os pacientes com Hipertensão Arterial, *Diabetes Mellitus* e Idosos, pelo número de pacientes do Programa Hiperdia com níveis pressóricos altos de glicemia não controlados e pelo risco aumentado e suas consequências.

Além disso, com a dificuldade em seu controle e tratamento associados aos hábitos do estilo de vida do usuário e o não cumprimento das orientações não farmacológicas como alimentação adequada e a prática de atividades físicas, o que pode ter como consequência que interferem na qualidade de vida dos pacientes, existindo um alto risco para as doenças cardiovasculares, Acidente Vascular Encefálico, aumento de internações e óbitos.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para desenvolver um Projeto de Intervenção, portanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVO

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral

Propor um plano de ação para diminuir a incidência de hiperlipidemia em os pacientes do Programa de Hiperdia.

Objetivos específicos

- 1 – Propor ações sobre hábitos e estilos de vida inadequados (alimentação, excesso de peso atividades físicas).
- 2 – Propor atuação relativa ao baixo nível de informação dos pacientes do programa de Hiperdia sobre os riscos da hipercolesterolemia
- 3 – Propor formas de atuação para superar a desorganização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

Para levantar os problemas vivenciados pela população na área de abrangência da Equipe de Saúde VII, foi realizado pela equipe o diagnóstico de saúde. As informações foram obtidas por meio da metodologia da Estimativa Rápida, um método em que técnicos da saúde examinam registros escritos existentes (prontuários), entrevista com informantes chaves (representantes da comunidade) e observação ativa da área. Também em reuniões semanais, cada membro a equipe de saúde expunha quais problemas mais relevantes, chegando ao consenso da morbimortalidade e o não controle dos pacientes do Programa Hiperdia como consequência de um elevado grupo com hipercolesterolemia associado. Para amenizar estas questões foi necessário elaborar um plano de intervenção, utilizando o método preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo os passos determinados pelo mesmo.

Buscando um embasamento teórico sobre o tema foi necessário recorrer à literatura nas bases de dados da LILACS e SciELO, nas publicações do Ministério de Saúde e também coleta de dados sociais nos prontuários dos pacientes cadastrados no Hiperdia. Utilizando-se os descritores: Hipertensão. E Atenção Primária à Saúde. Hipercolesterolemia, Saúde da Família

Após a revisão narrativa da literatura, foi elaborado um plano de intervenção para diminuir a morbimortalidade e controles dos pacientes do programa de Hiperdia com associação de hipercolesterolemia da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família VII, do município Igreja Nova, Alagoas.

Na elaboração do trabalho tomou-se como referência o módulo “Iniciação à metodologia: elaboração de texto” (CORRÊA, VASCONCELOS; SOUZA, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Designam-se dislipidemias as alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos das lipoproteínas (KANNEL, 1967).

Quando a dislipidemia é resultado de ações medicamentosas ou consequência de alguma doença de base é chamada de secundária. Por exclusão todas as outras formas de dislipidemia são consideradas primárias. Exemplos de causas de dislipidemia secundária são: hipotireoidismo, doenças renais parenquimatosas, diabete milito. O alcoolismo também pode influenciar os níveis de Dislipidemia (DLP), principalmente as triglicérides e o High Density Lipoproteins (HDL). O uso de medicamentos deve ser minuciosamente investigado. São os principais envolvidos nas dislipidemias secundárias: os diuréticos, os betabloqueadores, os anticoncepcionais, os corticosteroides e anabolizantes (MEDINA, 2010).

Segundo Medina (2010), cabe considerar que:

Na prática clínica a grande maioria das dislipidemias primárias é do tipo poligênico, com influência em múltiplos fatores genéticos e ambientais. Em uma pequena porção de casos é possível identificar formas hereditárias com características peculiares e valores muito elevados de determinada lipoproteína. Exemplos: hipercolesterolemia familiar (CT > 300 e LDL-c > 200); Hipertrigliceridemia familiar (TG > 500); disbetalipoproteinemia (CT > 300 e TG > 300 com elevações proporcionais das duas frações, muito rara (MEDINA, 2010, p. 7).

Conforme Brunzell *et al.* (2010), antigamente a hiperlipidemia era definida pela elevação dos níveis de lipoproteínas na população. O reconhecimento de que um nível baixo de HDL

[...] e a presença de pequenas partículas densas de LDL são clinicamente importantes na patofisiológica dos distúrbios lipídicos levou ao uso do termo “dislipidemia” para descrever uma gama de distúrbios na qual estão incluídos os níveis anormais (altos e baixos) de lipoproteínas, bem como as anormalidades na composição destas partículas. As dislipidemias são clinicamente importantes, sobretudo porque contribuem para a aterogênese. A pancreatite e a doença do fígado esteatótico são manifestações menos comuns, porém clinicamente significativas, de distúrbio (BRUNZELL *et al.*, 2010, p. 7-8).

As dislipidemias apresentam uma distribuição mundial e já foram tidas, juntamente com o tabagismo, como principal fator de risco para doenças

cardiovasculares. Estudos epidemiológicos precisos ainda não foram realizados a nível nacional e, por este motivo, não podemos saber exatamente o verdadeiro perfil epidemiológico da população em geral, a respeito das dislipidemias. Contudo, estudos pontuais têm apresentado altas prevalências de dislipidemia, oscilando entre 3,1% e 46,5% em crianças e adolescentes de algumas regiões do Brasil.

No Brasil, um estudo vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (DALPINO; SODRÉ; FARIA 2006), envolvendo aproximadamente 22 mil pessoas entre 20 e 60 anos, investigou a presença de dislipidemias. Os resultados da pesquisa demonstraram alteração do colesterol total, LDL e triglicérides em 44%, 38% e 37% do indivíduo adultos, respectivamente. Sendo a hiperlipidemia mista (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) muito prevalente.

Segundo Pereira *et al.* (2010, p. 181), “a alta concentração de LDL é um dos maiores fatores de risco para a aterosclerose. Estudos clínicos, epidemiológicos e genéticos têm demonstrado convincentemente que o LDL promove a formação da placa de ateroma”.

Rodriguez Porto *et al.*, (2002, p 55) afirma que aterosclerose

[...] é a doença de coração isquêmica (angina, no infarto do miocárdio), bem como doença cerebrovascular e doença vascular periférica. Isto é suportado por estudos em que tem sido uma estreita relação entre os níveis elevados de colesterol total e o surgimento de doenças isquêmicas. No entanto o risco conferido por qualquer nível de colesterol no sangue também depende da coexistência de outros fatores de risco são idade, sexo, hipertensão, diabetes, tabagismo e que quando realizar um trabalho preventivo também deve ser tomado em conta.

No tocante ao tratamento não medicamentoso ressalta-se: a diminuição do peso, logo, todos os pacientes com peso acima do ideal, com IMS acima de 25 kg/m² (IMC= peso/altura²), devem ser encorajados a participarem de um programa de atividades físicas aeróbicas e redução da ingestão de calorias, com o objetivo de perder peso (NOBRE *et al.*, 2013).

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 estimulando assim uma atuação mais crítica, reflexiva e compromissada, onde busca respeitar as características regionais e necessidades específicas na formação deste profissional,

superando as dificuldades e os limites na formação destes (JESUS et al., 2011, BACKES et al., 2003 apud MORAIS 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 na e para a população como um serviço de qualidade que tanta se almeja nas políticas públicas de saúde. Lembrando, que todo processo de educação é necessário retroalimentar pela dinâmica do setor saúde.

Para Weschenfelder (2012) a educação em saúde na atenção básica, especialmente 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 cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool, à redução do peso entre aqueles com sobrepeso, à implementação de atividades físicas, à redução do consumo de sal, 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, p.37).

Assim, ao pensar em todos os fatores que permeiam a promoção e prevenção à saúde no tocante ao hipertenso é fundamental construir um plano de intervenção com o propósito de diminuir o índice de morbimortalidade nestes pacientes.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o projeto de intervenção facilita o planejamento de todas as ações necessárias para atingir o resultado desejado. No momento do planejamento a equipe discutiu sobre os problemas identificados, levantam quais seriam suas causas e pensa sobre as estratégias, identificando e relacionando das atividades prioritárias tendo em vista os resultados esperados. Ele deve ser elaborado considerando as demandas e avaliações dos usuários e o cenário em que estão envolvidos.

Primeiro passo: identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na Unidade de Saúde Jenipapo, de apenas quatro meses, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais relevantes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

1. Falta de capacitação para o acolhimento principalmente na parte da recepção. Os profissionais deste (setor), não sabem acolher o paciente, procurar resolver suas dúvidas. Muitas das vezes é preciso que profissionais de outros setores que encontram pacientes pelos corredores orientem os pacientes ou que estes procurem, pelas salas, quem os oriente.
2. Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos pacientes que tomam remédios controlados desde face muitos tempo, e não têm avaliação por facultativo cada três meses.
3. Alto percentual de hipercolesterolemia em pacientes do Programa_Hiperdia, sobretudo em pacientes idosos.
4. Acompanhamento precário dos testes de citologia, gerando um não tratamento das inflamações.
5. Não funcionamento do laboratório do município, motivo este que dificulta a população fazer exames de laboratório de urgência tanto para doenças agudas e crônicas.

Os problemas de nossa área foram identificados através da metodologia da Estimativa Rápida, cumprindo com seus princípios como não coletar dados excessivos ou desnecessários, adaptar as investigações para que elas reflitam as condições e especificidades locais, envolver as pessoas da população tanto na definição de seus problemas quanto na identificação das possíveis soluções, tudo isto foi realizado por nossa equipe da saúde da família em conjunto com líderes formais, líderes informais, agentes comunitários, trabalhadores dos serviços de saúde entre outros atores.

Segundo passo: priorização dos problemas

Dentre os problemas identificados foi priorizado o alto índice de pacientes hipertensos. Os critérios utilizados foram citados no PES: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que o problema apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para isso, fizemos uma reunião onde se abordou todos os problemas por diferentes fontes.

Quadro 1 - priorização dos problemas encontrados pela Equipe de saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de capacitação para o acolhimento	Alta	5	Parcial	4
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos	Alta	6	Parcial	3
Alto % de Hipercolesterolemia em pacientes do Programa Hiperdia	Alta	8	Parcial	1
Mal seguimento da prova citológica	Alta	7	Parcial	2
Não funcionamento do laboratório do município, motivo este que dificulta a população fazer exames de laboratório de urgência tanto para doenças agudas e crônicas.	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Pesquisa com ESF

Terceiro passo: descrição do problema

O tema que escolhemos para ser abordado é alto percentual de hipercolesterolemia em os pacientes do Programa Hiperdia. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse problema são hábitos e estilos de vida inadequada, dieta não saudável, a não prática de exercícios físicos, baixo nível de informação, presença de tabagistas e etilistas.

Quadro 2 - Descrição dos usuários com hipercolesterolemia por micro áreas do território da Equipe e saúde da família VII, em Igreja Nova, Alagoas

Microárea	Hiperdia	Dieta inadequada	Pouca atividade física	Excesso de Peso	Tabagistas e etilistas
01	57	32	33	35	21
02	32	17	21	17	11
03	54	43	42	37	28
04	48	37	38	31	17
05	40	27	33	29	16
Total	231	156	172	149	93

Fonte: Pesquisa com ASC

Quarto passo: explicação do problema

Causas da hiperlipidemia:

- Hábitos estilos de vida (sedentarismo, stress, hábitos alimentarias, tabagismo, alcoolismo) → se relacionam com aumento de obesidade, HAS, Diabetes → aumenta a hipercolesterolemia (Problema).
- Nível de informação (informação sobre os riscos e agravos) → relacionam-se com aumento de obesidade, HAS, Diabetes → aumenta a hipercolesterolemia (Problema).
- Fatores hereditários → estão associados com ocorrências de hipercolesterolemia (Problema).
- Estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho → interfere no uso de protocolo, apoio diagnostica, referencia e contra referência, capacitação do pessoal → pode melhorar o acompanhamento dos riscos os agravos, e melhorar autonomia

do paciente com risco de hiperlipidemia aumentado através de uma atenção integral → podem diminuir complicações.

A principal consequência 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 acidente vascular cerebral. 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.

Quinto passo: identificação dos nós críticos

1 - **Hábitos e estilos de vida inadequados** → Orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade), não pratica de atividades físicas. **Projeto Mudanças e saúde**

2 - **Baixo nível de informação dos pacientes do programa de Hiperdia sobre os riscos da hipercolesterolemia** → não conhecimento da população sobre riscos da hipercolesterolemia Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar problema → orientações inadequadas. **Projeto Conhecimento compartilhado**

3 - **Desorganização do processo de trabalho. Projeto Organização nota 10**

Acreditamos que é importante fazer o plano de intervenção depois de identificar “nós críticos” do problema escolhido já que este é se enfrenta as causas importantes do problema escolhido e faz através de conjunto de ações que são desenvolvidas durante execução de plano e tem consumido os recursos econômico, organizativos como recursos humanos, equipamento, também conhecimentos disponíveis e acumulados além os recursos políticos.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência de hipercolesterolemia em pacientes do Programa Hiperdia”, junto à população de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Projeto	Mudanças e saúde
Operação de projeto	-Estimular as mudanças nos estilos e hábitos de vida da população do programa de Hiperdia. -Orientar individualmente e em grupo. -Realizar visitas domiciliares -Programar de caminhadas. -Palestras nas escolas e micro áreas da população.
Resultados esperados	-Implantação dos programas de exercícios físicos orientados. -Programa de alimentação saudável -Participação dos pacientes do programa Hiperdia -Promover plantio de frutas e hortaliças -Palestras em escolas com programa Merendas Saudáveis
Produtos esperados	Redução 30 % obesos, sedentários em crianças, adolescentes e adultos no prazo de um ano. -Redução do número de pacientes que não praticam exercício físico. -Adesão às mudanças de estilo de vida Alteração pela metade em 50% dos hábitos alimentares inadequados aderindo a uma dieta certa
Atores sociais/ responsabilidades	Comunicação social Secretaria de saúde Enfermeira Medico; Cada agente comunitário em sua microárea
Recursos necessários	<u>Organizacional</u> : programa de exercícios físicos e alimentação saudável <u>Cognitivo</u> : Informação sobre o tema e estratégia de comunicação. <u>Político</u> : mobilização social e articulação intersectorial com rede de ensino. <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos, folhetos educativos, mídias audiovisuais.
Recursos críticos	Financeiro: para Aquisição de recursos (folhetos educativos, mídias audiovisuais). Ofertas de exames, medicamentos, consultas de atenção secundária. Políticos mobilização Social e articulação Intersectorial com rede ensino e radio comunitária
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestor Municipal, Secretaria de Saúde e setor de comunicação social. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar plano de ação. Promover educação em saúde.
Responsáveis:	Equipe de Saúde VII Equipe NASF
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenação: enfermeira, nutricionista e educador físico. Avaliação: Implantado, Pouco frequente as aulas e assistência aos exercícios físicos, Numero reduzido de Profissional no Município para o apoio das atividades.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência de hipercolesterolemia em pacientes do Programa Hiperdia” junto à população de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.

Nó crítico 2	Baixo nível de informação dos pacientes do programa Hiperdia sobre os riscos da hipercolesterolemia
Projeto	Conhecimento compartilhado
Operação de projeto	<p>Conversar com os pacientes para conhecer o nível de conhecimento que eles possuem sobre a doença.</p> <p>-Proporcionar um nível maior de informação da população sobre a hipercolesterolemia.</p> <p>-Utilizar palestras a grupos de riscos.</p> <p>Visitas a escolas para fazer ações educativas sobre alimentação saudável.</p>
Resultados esperados	A população, mas informada sobre os riscos hipercolesterolêmica e suas possíveis complicações.
Produtos esperados	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre as consequências de hipercolesterolêmica.</p> <p>Campanhas educativas em as escolas</p> <p>Programa de Saúde Escolar</p> <p>Capacitação dos ACS</p> <p>-Maior adesão ao tratamento e dietas.</p> <p>-Diminuição dos valores pressóricos e glicemia, e, assim, do IMC</p> <p>-Melhoria na qualidade de vida.</p> <p>-Prevenção de doenças cardiovasculares.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Enfermeira</p> <p>Medico</p> <p>Aux. Enfermeira</p> <p>Cada agente comunitário em seu micro área</p>
Recursos necessários	<p><u>Cognitivo</u>: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas</p> <p><u>Organizacional</u>: organização da agenda.</p> <p><u>Políticas</u>: Articulação</p> <p>Intersetorial mobilização social</p> <p><u>Financeiro</u>: proporcionar materiais educativos relacionados ao tema.</p>
Recursos críticos	Diversidade e expansibilidade de conhecimento em benefício do seu processo Saúde-doença
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestor Municipal, Secretaria de Saúde e setor de comunicação social: Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	<p>Capacitação da equipe multidisciplinar.</p> <p>Divulgação de alimentação saudável a traves de folhetos.</p>
Responsáveis:	<p>Equipe de Saúde # 7</p> <p>População</p>
Cronograma / Prazo	Quatro meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	<p>Coordenação: médico e enfermeira</p> <p>Avaliação: Implantado, mensal.</p>

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Prevalência de hipercolesterolemia em pacientes do Programa Hiperdia”, junto à população de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VII, em Igreja Nova, Alagoas.

Nó crítico 3	Desorganização do processo de trabalho
Projeto	Organização nota 10
Operação de projeto	Reunir com a equipe e discutir as funções de cada membro da equipe -Discutir o processo e estrutura do trabalho. -Organizar a agenda para atendimento e visitas e outras atividades. -Melhorar a estrutura para um bom atendimento a população de riscos e hipertensos. -Garantir a disponibilidade do medicamento para os usuários Garantir os exames previstos pelo município
Resultados esperados	Funções definidas de cada profissional da equipe. -Processo de trabalho organizado Medicamentos disponíveis para os usuários. -Exames disponíveis para os usuários Agenda organizada para os atendimentos.
Produtos esperados	Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento das funções exercidas. - Equipe consciente e comprometida com a comunidade. - Cooperação de toda equipe. -Medicamentos e exames disponíveis para a população. -Atendimentos conforme agenda programada exceto nos casos emergenciais
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeira Medico Coordenador de ABS
Recursos necessários	<u>Política:</u> estrutura do serviço com apoio de recursos. <u>Financeiros:</u> financiar demandas de medicamentos e exames necessários. <u>Organizacional:</u> organizar a equipe
Recursos críticos	Estruturação do Serviço com eficácia.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde da Família VII Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apoio financeiro Cumprimento do horário. Organização do processo de trabalho.
Responsáveis:	Gestor Municipal Secretaria de Saúde
Cronograma / Prazo	Mensal
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenação: Enfermeira Avaliação: Implantado, mensal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação do Projeto de Intervenção em nossa área de abrangência, espera-se obter resultados satisfatórios voltados às mudanças nos estilos de vida da população e, assim, maior controle dos pacientes do Programa de Hipertensão. Ademais, no ano passado não tivemos óbito por essa causa primária e, além de isso, foi garantido pela Secretaria Municipal de Saúde os medicamentos necessários para controle dos pacientes cadastrados como hipertensos, diabéticos, para o tratamento das hipercolesterolemias. Também muitos pacientes foram incorporados à prática de atividades físicas de forma espontânea e estimulados, diminuindo o número de obesos e sedentários, comprovando que as ações de saúde na atenção básica têm um papel muito importante e estratégico na nossa população.

REFERENCIAS

BACKES VMS, Schmidt SMS, Nietsche EA. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2003; 12(1):80-8 Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/. Acesso; 10 jun. 2015

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde.** Brasília, [online], 2015. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRUNZELL J.D.; FAILOR R.A. Diagnosis and treatment of dyslipidemia. **ACP Medicine.** 2010; 1-23.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo> Acesso em: 25 set 2015

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: 25 set. 2005.

DALPINO F. B. SODRE, F. L. FARIA, E.C. **The use of a hospital laboratory cohort to estimate the prevalence of dyslipidemia in an adult Brazilian population**. São Paulo, Brazil, 2006. Disponível em: europepmc.org/abstract/med
Acesso em: 8 jul 2015

JESUS, E. dos S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta paul. enferm.** [online]. v.21, n.1, p.59-65, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/> Acesso em: 10 jun. 2015.

MEDINA N.; PAZ PAULA E, SANABRIA N.J. Hipertensão arterial, hipertrigliceridemia y obesidade fundamentais componentes del síndrome metabólico. **Ciências Médicas** [revista na Internet]. 2010. Jun. [citado 2012 Maio09]; 12(1): 142-150. Disponível em: [SciELO. sld.cu/scielo.php?pid=S1561](http://SciELO.sld.cu/scielo.php?pid=S1561) Acesso em: 7abr 2015

MORAIS F. L. A et al. Educação permanente em Saúde: Uma estratégia para articular ensino e serviço Rev. Rene.; v.14,n.5 , p.1050-60. 2013. Disponível em; www.redalyc.org/htm. Acesso; 10 jun 2015.

NOBRE. F et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Rev. Medicina** (Ribeirão Preto);v.46,n.3, p. 256-72. 2013. Disponível em: revista.fmrp.usp.br/. Acesso em: 7abr 2015

KANNEL W.B., BRAND N., MCNAMARA P.M. The relation of adiposity to blood pressure and development of hypertension. The Framingham study. **Ann Int Med** 1967; 67. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed Acesso em: 9 maio 2015

PEREIRA G. et al. Introducción de la determinación de “colesterol inmune” en la práctica investigativa de la aterosclerosis coronária. Disponível em: bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol19_3_00 Acesso em: 7 abril 2015

REIS, T., F., L. Baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial: plano de intervenção da equipe saúde da família Penha de Passos - Minas Gerais.

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: 7 abril 2015

