

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

INES DE LA CARIDAD MOJENA TAMAYO

CONTROLE DA HIPERCOLESTEROLEMIA EM PACIENTES
HIPERTENSOS NA ÁREA DA ESF JARDIM EUROPA, SETE
LAGOAS, MINAS GERAIS

SETE LAGOAS/MINAS GERAIS

2016

INES DE LA CARIDAD MOJENA TAMAYO

**CONTROLE DA HIPERCOLESTEROLEMIA M PACIENTES
HIPERTENSOS NA ÁREA DA ESF JARDIM EUROPA, SETE
LAGOAS, MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Estela Aparecida Oliveira Vieira

SETE LAGOAS/MINAS GERAIS

2016

INES DE LA CARIDAD MOJENA TAMAYO

**CONTROLE DA HIPERCOLESTEROLEMIA EM PACIENTES
HIPERTENSOS NA ÁREA DA ESF JARDIM EUROPA, SETE
LAGOAS, MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Prof. Dra. Estela Aparecida Oliveira Vieira - UFMG (orientador)

Prof. Polyana Oliveira Lima - UFMG (examinador)

Aprovada em Belo Horizonte: ___ / ___ / ___

DEDICATORIA

À minha filha, neta e familiares que sempre me deram muito apoio para continuar a missão, sempre estiveram do meu lado nos caminhos da vida, me acompanhando e principalmente acreditando em mim. É muito importante a presença deles ao meu lado, em todos esses momentos, aguardando todos os dias de ausência. Obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado força de vontade de nos manter neste país, longe de nossas famílias e caminhar para frente, além das dificuldades.

Agradeço a Estela Aparecida Oliveira Vieira por ter me orientado na construção desse trabalho.

RESUMO

Um dos principais problemas de saúde diagnosticados na área da estratégia de saúde da família Jardim Europa foi na hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Observou-se a dificuldade no controle do colesterol em níveis considerados adequados em uma grande quantidade de usuários devido ao uso incorreto dos medicamentos e uma alimentação inadequada. Foi importante avaliar e elaborar um plano de intervenção com o objetivo de controlar a hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica, o qual visa contribuir para melhora da qualidade de saúde. O presente trabalho foi realizado através de três etapas: revisão de literatura diagnóstica situacional, e elaboração do plano de intervenção, seguindo o método do planejamento estratégico situacional. A revisão da literatura foi feita a partir de uma pesquisa online através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCiELO). Dentro das principais propostas apresentadas foram aumentar o conhecimento acerca da hipercolesterolemia, adoção ao modo e estilos de vida saudáveis pelos pacientes em estudo, aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de riscos e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde. Como resultado, este trabalho pretende ser uma ferramenta útil no auxílio da equipe de saúde, a instrumentalizando para lidar com os problemas do dia a dia da unidade como o empoderamento da população, através de ações de promoção e prevenção da saúde, e assim ter uma população mais consciente e informada, pretendendo diminuir o número de pessoas que fazem uso excessivo de gorduras e sal.

Palavras - chaves: Hipercolesterolemia, Fatores de riscos.

ABSTRACT

One of the main health problems diagnosed in the health strategy Jardim Europa family was in hypercholesterolemia in patients with hypertension. There was difficulty in controlling cholesterol at levels considered adequate in a large number of users due to the misuse of drugs and inadequate nutrition. It was important to evaluate and prepare an action plan with the aim of controlling hypercholesterolemia in patients with hypertension, which aims to contribute to improving the quality of health. This work was carried out through three steps: Situational diagnosis literature review and preparation of action plan, following the method of situational strategic planning. The literature review was made from an online survey through access to the Virtual Library Information Center in Health (BVS), the database: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library online (SciELO). Among the main proposals were to increase knowledge about hypercholesterolemia, adopting the manner and healthy lifestyles by patients in the study, increase the care of patients with risk factors and increase the implementation of health promotion and prevention activities. As a result, this work aims to be a useful tool in aid of the health team, providing tools to handle the unit day to day problems such as empower people through promotion and health prevention actions, and thus have a population more aware and informed, intending to decrease the number of people who make excessive use of fats and salt.

Key - words: Hypercholesterolemia, Risk Factors

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1	População-Perfil demográfico da população estimada de 2012, por gêneros e faixas etárias, Município de Sete Lagoas, MG.....	12
Quadro 1:	Território do ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais segundo número de famílias e habitantes por micro áreas.....	14
Quadro 2:	Caracterização da população do ESF Jardim Europa, município Sete Lagoas, Minas Gerais segundo idade e gênero.	14
Tabela 2	Níveis sanguíneos de colesterol.....	16
Tabela 3	Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do ESF Jardim Europa, Município Sete Lagoas, MG, 2015.....	25
Tabela 4	Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis da Hipercolesterolemia na população assistida do ESF Jardim Europa, Município Sete Lagoas, MG, 2015.....	27
Tabela 5	Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da Hipercolesterolemia do ESF Jardim Europa, Município Sete Lagoas, MG, 2015.....	28
Tabela 6	Recursos críticos definidos para o problema enfrentado. Hipercolesterolemia na população assistida no ESF Jardim Europa. Sete Lagoas, MG, 2015.	29
Tabela 7	Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento da Hipercolesterolemia. ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, MG, 2015	29
Tabela 8	Plano operativo para enfrentamento do problema da Hipercolesterolemia. ESF Jardim Europa. Sete Lagoas. MG. 2015.	31
Tabela 9	Gestão do plano para enfrentamento do problema do Hipercolesterolemia em ESF Jardim Europa. Sete Lagoas. MG. 2015.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DVC	Doenças Cardiovasculares
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
APS	Atenção Primária de Saúde.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial.
CASMUC	Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FR	Fatores de risco.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estadística.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano.
IMC	Índice de Massa Corporal.
LILACS	Centro latino Americano e Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde.
MG	Minas Gerais.
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde de Família.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PA	Pressão arterial.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
SciELO	Scientific Electronic Library Online.
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica.
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
3 OBJETIVOS	20
Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Diagnóstico Situacional na área de abrangência do ESF Jardim Europa.....	24
6.2 Descrição do Problema.....	26
6.3 Explicação do problema.....	27
6.4 Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários.	27
6.4.1 Desenho das operações.....	28
6.4.2 Identificação dos recursos críticos.....	29
6.4.3 Análise da Viabilidade.....	29
6.4.4 Elaboração do Plano Operativo	30
6.4.5 Gestão do plano.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

INTRODUÇÃO

O Município de Sete Lagoas foi fundado em 24 de novembro de 1867. A cidade está situada em uma zona metalúrgica na região central do estado, a 74 km da Capital do Estado, Belo Horizonte. Sete Lagoas foi fundado na época da febre do ouro, Bandeirantes adentravam pelos sertões, desbravando terras, entrando em embates com os índios e expostos a natureza ainda selvagem. Foi em aproximadamente 1667 que componentes da Bandeira de Fernão Dias chegaram ao local (BRASIL, 2014).

Conhecida como “terra das lagoas encantadas”, Sete lagoas é dotada de diversas belezas naturais e destacam-se pela exploração do ferro-gusa, indústrias têxteis, cerâmica, calcinação, ardósia. Também se destaca por ser uma das cidades brasileiras que abriga a Embrapa e a montadora Fiat. Com 227 571 habitantes, Sete Lagoas possui uma localização estratégica, estando a 68 km da capital mineira, e a 630 km de São Paulo, 540 km do Rio de Janeiro, 660 km de Brasília, tendo acesso facilitado a outras regiões brasileiras, pois se encontra a 35 km do Aeroporto Internacional Tancredo Neves (Confins) (BRASIL, 2014).

Aspectos Demográficos

A Taxa de Crescimento da população do Município de Sete Lagoas é de 1.48% sendo que a população do Estado Minas Gerais cresce a uma taxa de 0.9% e no Brasil a taxa é de 1.17% por ano (BRASIL, 2014).

TABELA 1. População-Perfil demográfico da população estimada de 2012, por gêneros e faixas etárias, Município de Sete Lagoas, MG.

Faixa Etária	Mulher	Homem	Total
0_4	6651	6838	13489
5_9	7359	7626	14985
10_14	8728	9053	17781
15_19	9397	9376	18773
20_25	10134	10185	20319
26_39	27625	26530	54155
40_59	27891	25123	53014
60 e, mas	12376	9249	21625
Total	110161	103390	214152

Fonte: DATASUS/IBGE (BRASIL, 2014)

Densidade demográfica

A densidade demográfica do município de Sete Lagoas é de 398.3 habitantes por km², do Estado de Minas Gerais é de 33.3 habitantes por km² e do Brasil é de 22.4 habitantes por km².

Sistema Local de Saúde

Conselho Municipal de Saúde:

Sete Lagoas trabalha com o modelo de estratégia de saúde da família. Seguindo os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) de descentralização, regionalização e hierarquização, bem como a participação Social. O gestor municipal possui autonomia sobre o sistema que é organizado em Atenção primária, com 39 Equipes de Saúde da Família (ESF), 16 equipes de saúde bucal, 3 Núcleo de Apoio na Saúde de Família (NASF) e cobertura do 51,4%; Vigilância em saúde com: Controle de zoonoses, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do trabalhador, Sanitária, Pneumologia sanitária, Nutricional, Programa DST/AIDS, Imunização, Laboratório. E Atenção secundária: Centro

de especialidades odontológicas, Centro de atenção psicossocial, Centro viva vida de referencia secundaria, Unidade de pronto atendimento. População (%) usuária da assistência à saúde no SUS (IBGE, 2014):

- 90% da população brasileira são de algum modo, usuária do SUS.
- 28,6% da população é usuária exclusiva do SUS.
- 61,5% são usuária do SUS e algum outro sistema de atenção.
- 8,7% da população não têm utilização o SUS.

Município de Sete Lagoas

Programa Saúde da Família

Implementado em 2001, o Programa de Saúde da Família (PSF) conta hoje com 32 equipes e cobre 65% da população (132.000 habitantes). O objetivo principal da estratégia é integrar as ações de promoção, vigilância, recuperação e reabilitação de saúde e assim reorganizar a assistência básica e contribuir para o aprimoramento e consolidação do SUS (IBGE, 2014).

Estruturado com um Sistema de Referência e Contra referências, os encaminhamentos urgentes são referenciados ao Hospital Municipal e Hospital da Maternidade Nossa Senhora das Graças. Quando necessário os encaminhamentos são feitos para serviços especializados em Belo Horizonte através do Consórcio Intermunicipal de Saúde. O sistema de contra referência não funciona muito bem, uma vez que os especialistas muitas vezes não enviem os laudos dos pacientes, tanto em consultas eletivas como dos pacientes internados.

Sete Lagoas é um município com uma rede de atendimento de média complexidade. Conta com profissionais de medicina geral, pediátrica, ginecológica, cardiológica, e outros profissionais como psicologia, nutrição e fisioterapia com suas respectivas consultas, formando parte do NASF.

Unidade de saúde Jardim Europa

A unidade de Saúde da Família de Jardim Europa, foi inaugurada há cerca de um ano. Funciona em uma casa alugada, adaptada para ser uma unidade de saúde, atendendo aproximadamente 2745 pacientes, 786 famílias. A topografia de região é semiplana e quase 90 % das ruas são pavimentadas. A população possui rede pluvial e o bairro é servido por duas linhas de ônibus, fazendo uma ligação do bairro ao centro.

A unidade de saúde funciona de 07h as 17h00 horas. Para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, seguindo uma escala, em atividades relacionadas à assistência. A falta de materiais constituiu um foco de tensão importante entre a equipe de saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal da saúde. A Equipe Jardim Europa está formada por uma médica uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, portaria, cinco agentes comunitários, além de assistente de serviços gerais.

Quadro 1: Território do ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais segundo número de famílias e habitantes por micro áreas.

Micro áreas	Famílias	Habitantes
01	104	422
02	141	440
03	94	505
04	95	492
05	78	414
06	89	472
Total	601	2745

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

Quadro 2: Caracterização da população do ESF Jardim Europa, município Sete Lagoas, Minas Gerais segundo idade e gênero.

Faixa Etária	Mulher	Homem	Total
0_4	24	31	55
5_9	44	54	98
10_14	59	66	125
15_19	105	119	224
20_25	210	155	365
26_39	318	314	632
40_59	405	453	858
60 e, mais	153	235	388
Total	1408	1427	2745

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

De acordo com dados obtidos no diagnóstico situacional de saúde, a unidade possui pacientes com:

Hipertensão Arterial Sistêmica: 301 (10.96%)

Hipercolesterolemia em pacientes com HAS: 205 (68,1%)

Tabagistas: 123 (4.48%)

Alcoólatras: 92 (3.35%)

Obesidade: 175 (6,37%)

Em Belo Horizonte (VIGITEL- BRASIL, 2014), foi corroborado:

Tabagistas: 12,4%, dos quais 12,5% correspondem ao sexo masculino e 7% ao sexo feminino.

Segundo Ministério de Saúde, 30% da população brasileira pode ser considerada hipertensa. Desse total, 5% são crianças e adolescentes. Anualmente, quase trezentas mil pessoas morrem no Brasil por doenças cardiovasculares sendo que mais da metade destas mortes são decorrentes da hipertensão. O Ministério da Saúde estima que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição e que apenas sete milhões estejam sendo tratados (BRASIL, 2001).

As Doenças Cardiovasculares (DVC) são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DVC aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (NOBRE *et al*, 2010).

Corrêa *et al* 2006, aponta que nos últimos anos as doenças cardiovasculares têm sido as principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em segmentos cada vez mais crescentes nos países em desenvolvimento. Dentre os fatores a serem considerados no desenvolvimento de tais condições patológicas estão as dietas ricas em colesterol. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações.

Segundo Brunner (2005), é considerada a hipertensão arterial quando a pressão sistólica é superior a 140mmhg, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial. A Hipercolesterolemia é caracterizada pelo aumento do colesterol total circulante no sangue, pode ser associada à obesidade, a alimentação inadequada ou ainda ser um problema de ordem genética, manifestado por maior produção endógena de colesterol isso acontece muito frequente. (CHACRA *et al*, 2004)

Atualmente, são considerados elevados os seguintes valores:

Tabela 2 – Níveis sanguíneos de colesterol

Lípides	Valores	Nível
Colesterol total	< 200	Ótimo
	200-239	Limítrofe
	≥ 240	Alto
LDL-colesterol	< 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥ 190	Muito alto
HDL-colesterol	< 40	Baixo
	> 60	Alto
Triglicérides	< 150	Ótimo
	150-200	Limítrofe
	201-499	Alto
	≥ 500	Muito alto

LDL-colesterol = colesterol de lipoproteína de baixa densidade; HDL-colesterol = colesterol de lipoproteína de alta densidade.

Fonte: Adaptado de Sposito et al³ e Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2007.

O colesterol desempenha funções orgânicas essenciais, por exemplo, síntese de hormônios, construção e manutenção das membranas celulares e participar do metabolismo das vitaminas lipossolúveis, por outro, quando em excesso no organismo, eles representam o principal fator de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares (CHACRA *et al*, 2004).

De acordo com Silva e Torres (2015, p. 55)

São através das partículas transportadoras que a circulação do colesterol na corrente sanguínea é efetivada, estas são denominadas como lipoproteínas. Nomeadamente, a lipoproteína de alta densidade (HDL) e a lipoproteína de baixa densidade (LDL). Geralmente, considera-se que a HDL é o bom colesterol, por transportar o excesso de colesterol dos tecidos periféricos para o fígado, local de sua síntese com resultado na sua transformação em ácidos biliares ou excretado. Inversamente, a LDL é percebida como o mau colesterol, pois conduz o colesterol do fígado para as células, permanecendo a probabilidade de ter seu acúmulo em excesso na corrente sanguínea, quando não chega ao destino. A regulação dos níveis de colesterol plasmático é realizada pelos dois tipos de transporte descritos no parágrafo anterior, sendo mediada em ambos os casos por receptores específicos. Relativamente ao receptor de LDL colesterol, existem já muitos estudos e dados, demonstrando que condiciona a precisão do colesterol nas células.

Damasceno *et al* (2006) aponta que a lipoproteína é uma partícula do corpo com finalidade e transportar colesterol e triglicérides entre órgãos e tecido, o colesterol é transportado no sangue ligado a uma lipoproteína de alta densidade (HDL), ou a uma lipoproteína de baixa densidade (LDL), ou ainda a umas lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL). Esses tipos de colesterol devem estar em equilíbrio, pois todos eles possuem grande importância para a proteção dos vasos sanguíneos. A LDL é a lipoproteína responsável por levar o colesterol para a circulação, permitindo o seu depósito nas paredes das artérias, e por este motivo conhecida como “colesterol ruim” ou “mau colesterol”. Sendo o constante acúmulo de colesterol nas paredes arteriais que resultará na formação de placas de gordura e por consequência, com o tempo, poderá levar a uma obstrução do fluxo sanguíneo nas artérias do coração ou do cérebro. Já a lipoproteína HDL apresenta efeito protetor, uma vez que é ela quem leva o colesterol para o exterior dos vasos sanguíneos. Sendo conhecida como “colesterol bom”, e protetor do sistema cardiovascular. Também a lipoproteína VLDL é encarregada de transportar o colesterol endógeno para os tecidos circunvizinhos, para serem armazenados ou utilizados como fontes de energia.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2008) aponta a elevação das concentrações de LDL colesterol uma das principais causas de doenças coronárias, representando um forte fator de risco. Esse aumento pode ter

influências genéticas, bem como de condições ambientais desfavoráveis. Dentre essas condições, a alimentação inadequada é fator importante.

Pereira (2012) aponta que deve se considerar que a determinação do perfil lipídico esta sujeita a uma serie de variações relacionadas tanto ao método e procedimento utilizados como a fatores intrínsecos dos indivíduos como estilo de vida, uso de medicações e doenças associadas. Dessa forma, a confirmação de uma alteração laboratorial com uma nova amostra, idealmente colhida com intervalo mínimo de uma semana após a primeira coleta, aumenta a precisão diagnóstica.

Nacif, Abreu e Torres (2005) apontam que o consumo de quantidades elevadas de alimentos ricos em gorduras, e associado aos baixos níveis de atividade física bem como indivíduos obesos e com sobrepeso identificado, podem contribuir para a incidência de doenças cardiovasculares.

Em Sete Lagoas, a Equipe de Saúde da Família (ESF) Jardim Europa, tem como uns de seus principais problemas de saúde pacientes com Hipercolesterolemia são 205 pacientes que apresentam colesterol para 301 pacientes diagnosticados com hipertensão. Observa-se a dificuldade no controle do colesterol em níveis considerados adequados em uma grande quantidade de usuários devido ao uso incorreto dos medicamentos e uma alimentação inadequada.

2 JUSTIFICATIVA

O colesterol apesar de apresentar funções orgânicas essenciais para o organismo, ele representa o principal fator de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando se encontra em excesso no organismo, e são frequentes os casos de pacientes com alterações de colesterol total no sangue e com hipertensão arterial sistêmica que procuram a consulta médica. Ficando claro, durante a realização da consulta médica e da enfermagem a falta de conhecimentos dos usuários, da necessidade de mudanças do estilo de vida e do tratamento adequado de hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão.

Devido à alta prevalência de hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão na população da área de abrangência, o tema foi escolhido como projeto de intervenção visando melhora das condições de saúde e de vida da população adstrita. Portanto, a partir da abordagem multidisciplinar e da necessidade de levar informação ao paciente, este projeto visa contribuir para o controle da hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica para uma maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, o uso correto da medicação, controle das patologias e assim, melhorar a qualidade de vida de cada paciente.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Controlar a hipercolesterolemia em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica da ESF Jardim Europa de Sete Lagoas.

Objetivos específicos

- Identificar a Hipercolesterolemia em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica visando desenvolver um projeto de intervenção para seu controle.
- Reduzir os fatores de risco modificáveis que provocam a hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial.
- Diminuir a Hipercolesterolemia em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na população Jardim Europa.

4 METODOLOGIA

Será realizada uma proposta de intervenção na área de abrangência Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais para o acompanhamento das ações de saúde e a diminuição da Hipercolesterolemia em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Serão executadas em três etapas. A revisão de literatura, na qual se optou por uma pesquisa *online* através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) acerca da hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Também foram utilizadas publicações do Ministério da Saúde como alguns exemplares da coleção do Caderno da Atenção Básica.

Será executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde da Unidade Jardim Europa. Este diagnóstico será baseado no método de estimativa rápida (Ruiz, 2008).

Os dados levantados serão coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves utilizando roteiros ou questionários curtos, e na observação ativa da área.

Após do conhecimento do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência do ESF Jardim Europa e do processo de revisão bibliográfica será realizada uma proposta para a elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe e descrito no tópico de Plano de Intervenção no trabalho.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Guedes, M. V. C. *et al* (2011) citado por Salgado, C. M. (2014, p-24): “nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas degenerativas e causas externas. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares passaram a ser as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo o Brasil e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontra-se a hipertensão arterial e seu risco mais frequente de colesterol alto.

Chacra A. P. M, Diament, J, Forte (2005, p 465-472) aponta que a Hipercolesterolemia Familiar é uma doença genética, caracterizada por alterações no metabolismo dos lipídios, as quais determinam elevações dos níveis plasmáticos de colesterol, à custa do aumento da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL). Neste caso são descritas mais de 600 mutações envolvidas nos mecanismos de síntese e expressão dos receptores da LDL, o que se traduz em redução ou não funcionamento desses mecanismos. O diagnóstico deste tipo de Hipercolesterolemia é estabelecido por meio de critérios clínicos e pode ser confirmado pela determinação da mutação. Este diagnóstico permite a identificação dessa doença em outros componentes assintomáticos em uma mesma família, podendo-se estabelecer o tratamento adequado da Hipercolesterolemia, o que irá prevenir eventos doenças cardiovasculares.

Damasceno (2006) aponta que o colesterol é transportado no sangue ligado a uma proteína, originando assim as lipoproteínas: o HDL (lipoproteína de alta densidade), o LDL (lipoproteína de baixa densidade) e o VLDL (lipoproteínas de muito baixa densidade). Todos estes tipos de colesterol possuem grande importância para a proteção dos vasos sanguíneos e necessitam estar em equilíbrio. O problema principal reside no LDL elevado, pois este leva o colesterol para a circulação, permitindo o seu depósito nas paredes das artérias, sendo, por este motivo, conhecido como “colesterol ruim” ou “mau

colesterol". Este constante acúmulo resulta na formação de placas de gordura que, com o tempo, podem levar a uma obstrução do fluxo de sangue nas artérias do coração ou do cérebro.

O HDL apresenta um efeito protetor sobre o sistema cardiovascular, uma vez que leva o colesterol para o exterior dos vasos sanguíneos, sendo assim conhecido como "colesterol bom". Também o VLDL é encarregado de transportar o colesterol endógeno para os tecidos circunvizinhos, para serem armazenados ou utilizados como fontes de energia (CHACRA A.P. M, SANTOS, R.D, MARTINEZ, T. L. R, 2004).

A implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, é medida eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão.

Para o controle da hipercolesterolemia são indicadas medidas não medicamentosas, tais como, mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis, pois além de reduzir o colesterol, e por consequência, mortalidades cardiovasculares possibilitam a prevenção primária e detecção precoce da patologia. Sendo estas as principais metas dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar as doenças.

As ações de prevenção devem visar à estimulação de mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual como coletiva. Apesar das evidências incontestáveis esses fatores de risco relacionados aos hábitos de vida levam ao aumento da incidência, da prevalência e do mau controle da HAS e da hipercolesterolemia na população.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional na área de abrangência do ESF Jardim Europa.

O plano de ação tem como objetivo a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional e vamos considerar sua construção como uma caminhada, na qual, cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que precisam ser conhecidas e elaboradas para que, ao final, seja possível o desenho.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência do ESF Jardim Europa de Sete Lagoas, Minas Gerais, foram identificadas um grupo de problemas que possibilitaram a elaboração do Plano de intervenção.

Principais problemas identificados

- 1-Elevado número de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus.
- 2-Elevado índice de fumantes
- 3-Alta prevalência de depressão e ansiedade.
- 4-Alta incidência de hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.
- 5-Alta incidência de doenças respiratórias.
- 6-Alto índice de Alcoolismo.
- 7-Desemprego.
- 8-Sedentarismo e obesidade.
- 9- Dificuldade de abastecimento de água á população.
- 10- Elevada presença de animais domésticos.

Priorização dos Problemas

- 1- Alta incidência de hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.
- 2- Alta prevalência de depressão e ansiedade.
- 3- Sedentarismo e obesidade.
- 4- Elevado número de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus.
- 5- Alto índice de Alcoolismo.
- 6- Elevado índice de fumantes.
- 7- Dificuldade no abastecimento de água a população.

O ESF possui um número elevado de hipercolesterolemia em pacientes com HAS, porém não possui uma agenda definida de trabalho com os mesmos.

Atribuindo valores de baixa, média e alta importância em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foram feitas a priorização dos problemas identificados, tendo como problema prioritário neste momento a alta incidência de hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência.

Tabela 3: Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do ESF Jardim Europa. Sete Lagoas. MG. 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	de Seleção
Alta incidência de hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de depressão e ansiedade	Alta	6	Parcial	2
Sedentarismo e obesidade.	Alta	5	Parcial	3
Elevados números de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus	Alta	5	Parcial	4
Alto índice de Alcoolismo	Alta	4	Parcial	5
Elevado índice de fumantes	Alta	4	Parcial	6

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

6.2 Descrição do Problema

O problema definido como prioridade número um de nossa equipe foi a alta incidência de hipercolesterolemia em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Para o problema identificado desejamos fazer um trabalho de intervenção com ações de saúde em pacientes que apresentem Hipercolesterolemia, para descrição a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros foram produzidos pela equipe. Cabe aqui ressaltar as deficiências do nosso sistema de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar o processo de planejamento.

Chegamos à conclusão que uma quantidade alta de pacientes de 15 anos e mais tem hipertensão arterial e colesterol alto. Existem múltiplos fatores de risco em nossa população que favorecem a aparição do risco, entre eles temos: sobrepeso, obesidade, sedentarismo, maus hábitos dietéticos e estilos de vida, pouca prática ou nenhuma de exercício físico, nível e pressão social,

nível baixo de informação. Também tem influência o ambiente político cultural, ambiental, e socioeconômico assim como o modelo de desenvolvimento econômico e social, o qual é determinante na política pública e tem influência no modelo assistencial e interfere na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho. O tema que escolhemos para ser abordado é: Controle da hipercolesterolemia em pacientes hipertensos na área da ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais.

6.3 Explicação do problema

Os hábitos e estilos de vida inadequados são frequentes em pacientes com colesterol alto; estilos de vida inadequados, vinculadas a outras causas que propiciam a sua aparição, como pacientes com pressão social, com baixa capacidade de enfrentamento, alimentação deficiente, estrutura dos serviços de saúde inadequados.

6.4 Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários.

Nesta tabela serão descritos os nós críticos, as operações, o produto e os resultados esperados e os recursos necessários para sua realização.

Tabela 4: Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de Hipercolesterolemia na população assistida no ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipercolesterolemia: Conforme SIAB da unidade o ESF Jardim Europa tem 205 paciente com Hipercolesterolemia para um 68,1% de uma média de 301 pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial.	Hábitos alimentares não saudáveis. Pressão social e econômica Estrutura dos serviços de saúde inadequados

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

6.4.1 Desenho das operações

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de intervenção. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações.

Tabela 5: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da elevada incidência da Hipercolesterolemia na ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Número do crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de sedentários e obesos e dislipidemias.	Programa de caminhada orientada. Campanha educativa na rádio local. Campanha educativa em consulta médica. Atividades grupais junto à agente comunitária de saúde.	Organização: organizar as caminhadas. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação, capacitação do pessoal. Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Pressão social e econômica	Melhor vida Fomentar a cultura.	Fomentar atividades educacionais e participativas sobre alimentação saudável.	Programação de fomento da cultura / rede de saúde.	Cognitivo: Informação sobre o tema, elaboração de charlas sobre alimentação saudável. Político: Mobilização social em projetos culturais. Financeiro: não precisa.
Estrutura dos serviços de saúde inadequados	Melhor cuidado nestes pacientes. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores e os casos novos de Hipercolesterolemia	Garantir exames previstos a todos os pacientes portadores e casos novos e seguimento aos que já tinha.	Capacitação do pessoal de saúde e pacientes. Contratação de compra de exames e consultas especializadas. Compra de medicamentos.	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

6.4.2 Identificação dos recursos críticos

Tabela 6: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado. Hipercolesterolemia na população assistida no ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Operação/projeto	Recursos Críticos
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.
Saber +: Fomentar o conhecimento sobre a Hipercolesterolemia.	Político: Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com rede de ensino.

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

6.4.3 Análise da Viabilidade

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais dos recursos controlam cada um desses atores; qual é a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos.

Esta tabela descreve as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas.

Tabela 7: Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento da Hipercolesterolemia na ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Operação/projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar demanda
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação especificada
Mais Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação especificada.
Fomentar o conhecimento sobre a Hipercolesterolemia.	Político: Conseguir espaços na rádio, imprensa para debates do tema sobre a Hipercolesterolemia. Financeira: Aquisição de recursos para o equipamento material: médios audiovisuais, material didático educativo e docente.	Setor de Comunicação social Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto de ação especificada.

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

6.4.4 Elaboração do Plano Operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente tem que ter responsabilidade pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las.

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão vai garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja implementado.

Tabela 8: Plano operativo para enfrentamento do problema da Hipercolesterolemia na ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Fomentar o conhecimento sobre maior risco de hipertensão em pacientes com colesterol alto.	População mais consciente e informada sobre causas e consequências de colesterol alto.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema do Hipercolesterolemia, Campanhas de Promoção e Prevenção do Hipercolesterolemia, Palestras, Falatórios por rádio locais Informação em imprensa de os temas da intervenção.	Que o pessoal que trabalha em posto de saúde, tinha boa preparação neste tema.	UBS	3 meses para o início das atividades
Saber Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	+: Diminuir o número de pessoas que fazem uso excessivo de gorduras saturadas e sal.	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	Apresentar demanda de aquisição de materiais audiovisuais	ACS, médico, enfermeira.	3meses para o início das atividades .
Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Diminuir o número de Sedentários e obesos.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Apresentação de projeto de ação específico.	ACS, Médico, Enfermeira	3 meses para inicio das atividades .
Mais Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Diminuir o número de tabagistas e etilistas.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Apresentação de projeto de ação específico.	ACS, médico, Enfermeira	3 meses para inicio das atividades .

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

6.4.5 Gestão do plano

Um sistema de gestão é necessário para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão.

Tabela 9. Gestão do plano para enfrentamento do problema do Hipercolesterolemia na ESF Jardim Europa, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Saber +Modificar Hábitos alimentares não saudáveis	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	ACS, médico, Enfermeira	3 meses para início das atividades			
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	ACS, médico, Enfermeira	3 meses para início das atividades			
Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	ACS, médico, Enfermeira	3 meses para início das atividades			
Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS, Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS Palestras Falatórios por rádio local Informação em imprensa de os temas da intervenção.	UBS	3 meses para início das atividades			

Fonte: Dados da equipe de saúde Jardim Europa, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção se mostra como uma ferramenta extremamente útil para auxiliar á equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da Unidade. Por meio dele, levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, o que por si só, já facilita sua resolução e com elo pode ter como resultado população mais consciente e informada sobre causas e consequências de colesterol alto, diminuição do número de pessoas que fazem uso excessivo de gorduras saturadas e sal, diminuição do número de sedentários e obesos, e diminuição do número de tabagistas e etilistas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2014. Disponível em <www.google.com.br>
2. BRASIL. Ministério da Saúde: III **Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação. Brasília, 2001
3. BRUNNER, LILIAN, S, SUDDARTH *et al*: **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. CAMPOS, F. C. C, FARIAS, H. P, SANTOS, M. A: **Planejamento e a avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 114p, 2010.
5. CHACRA, A.P. M, DIAMENT, J, FORTE, N. A. Classificação das dislipidemias. **Rev. Soc. Cardiol.**, v 6, p 465-72, 2005.
6. CHACRA, A.P.M, SANTOS, R.D, MARTINEZ, T. L. R. Hipercolesterolemia familiar. **Rev. Soc. Cardiol**, n-3, p 462-75, 2004.
7. CORRÊA, T. D., NAMURA, J. J., SILVA, C. A. P. D., CASTRO, M. G., MENEGHINI, A., & FERREIRA, C. Hipertensão arterial sistêmica: Atualidades sobre sua epidemiologia, diagnósticas e tratamento, 2006. **Arq. Med. ABC**. 2005; 31(2): 91-101.
8. NACIF, M. A.L, ABREU, E.S, TORRES, E. A. F. S: Avaliação do índice de colesterol e gordura saturada da dieta de indivíduos moradores do município de Ourinhos, SP. **Nutritive Rev Soc Bras Aliment**, v 29, p 41-50, 2005.
9. NOBRE, F, et al: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista**

Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, vol.17.n 1, Jan/Mar.2010.

10. PEREIRA, A. C, GAGLIARDI, A.C. M, LOTTENBERG, A. M *et al*: I Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia. **Arq. Bras. Cardiol.** Vol 99, n 2. São Paulo ag. 2012.
11. RUIZ, JOÃO ALVARO. **Metodologia Científica.** Guia para eficiência nos estudos. 6ªed. São Paulo: Atlas. 2008.
12. SALGADO, Caridad Morales. Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da ESF Jardim dos pequis, Sete Lagoas. MG: Plano de intervenção. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal Minas Gerais. Minas Gerais, 2014.
13. SILVA, C.P, C. S, TORRE, F. Hipercolesterolemia e o desenvolvimento das ateroscleroses. **Rev Científica de Faculdade de Educação e Meio Ambiente** 6(1): 48-58,p 55, jan-jun,2015.
14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.** 2007; 88, (Suppl 1), p. 1-19.
15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Aspectos nutricionais relacionados ao controle das dislipidemias. **Rev. Soc. Bras. Hipert.** V 11 n 01: Edições. 2008.