

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

ROBERTA PACHECO DOS SANTOS

**DISLIPIDEMIA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESF
INDEPENDÊNCIA I EM MONTES CLAROS-MG: PLANO DE
INTERVENÇÃO.**

MONTES CLAROS-MG

2013

ROBERTA PACHECO DOS SANTOS

**DISLIPIDEMIA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESF
INDEPENDÊNCIA I EM MONTES CLAROS-MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO.**

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

Orientador: Prof. Dr. Ubiratan Brum de Castro

MONTES CLAROS-MG

2013

ROBERTA PACHECO DOS SANTOS

**DISLIPIDEMIA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESF
INDEPENDÊNCIA I EM MONTES CLAROS-MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO.**

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

Orientador: Prof. Dr. Ubiratan Brum de Castro

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ubiratan Brum de Castro

Prof(a). Maria Dolôres Madureira

Aprovado em Belo Horizonte: 07/12/2013

RESUMO

Doenças como a hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia configuram importantes problemas de saúde coletiva no Brasil. Observa-se que a falta de informação por parte dos hipertensos e diabéticos sobre o problema, bem como, os hábitos de vida inadequados dos mesmos, perpetuam a dislipidemia entre eles. Este estudo objetiva reduzir o percentual de hipertensos e diabéticos com dislipidemia na área de abrangência da ESF Independência I do município de Montes Claros-MG, através do aumento do nível de informação dos pacientes, do melhoramento da estrutura da USB e da promoção de mudança de hábitos daqueles pacientes. A metodologia está embasada no método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe Independência I foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema prioritário. Espera-se diminuir a ocorrência no território de internações e óbitos relacionados a essas patologias.

Palavras chave: Hipertensão arterial; Diabetes; Dislipidemia.

ABSTRACT

Diseases such as hypertension, diabetes and dyslipidemia are considered the major public of health problems in Brazil. It is observed that the lack of information by hypertension and diabetes about the problem as well as the inadequate lifestyle, perpetuate the dyslipidemia among these people. This study aims to reduce the percentage of hypertensive and diabetic with dyslipidemia by increasing the level of awareness, improving the structure of the USB and promoting change habits of the patients in the area covered by the ESF Independence I of Montes Claros, Minas Gerais. The methodology is based on the Situational Strategic Planning (SSP), through which, after processed the problems identified in the situational analysis of the covered area by the ESF Independence, it is possible draft an action plan to improve the identified problems. **It is** expected to decrease the occurrence of hospitalizations and deaths related to these diseases in this specific area.

KEY WORDS: Dyslipidemia, Hypertension, Diabetes.

LISTA DE QUADROS

QUADRO1: Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Independência I, Montes Claros, MG, 2013.....	16
QUADRO 2: Desenho de operações para os nós-críticos do problema: alto percentual de hipertensos e diabéticos com dislipidemia na ESF Independência I.....	18
QUADRO 3: Recursos críticos necessários para o plano de ação.....	20
QUADRO 4: Análise de viabilidade do plano.....	21
QUADRO 5: Plano Operativo.....	22
QUADRO 6: Acompanhamento do plano de ação.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológica

CT – Colesterol Total

DRC – Doença Renal Crônica

ESF – Equipe de Saúde da Família

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

PES – Planejamento Estratégico Situacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 MÉTODO.....	12
4 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	15
4.1 Primeiro Passo.....	15
4.2 Segundo Passo.....	15
4.3 Terceiro Passo.....	16
4.4 Quarto Passo.....	17
4.5 Quinto Passo.....	17
4.6 Sexto Passo.....	18
4.7 Sétimo Passo.....	20
4.8 Oitavo Passo.....	20
4.9 Nono Passo.....	22
4.10 Décimo Passo.....	24
5 DISCUSSÃO.....	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Independência I está alocada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no bairro Independência em Montes Claros, município da Região Norte do Estado de Minas Gerais que apresenta aproximadamente 361.915 habitantes (IBGE, 2010).

A cidade de Montes Claros possui uma área de 3.568.941 Km², possui um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,770, sendo que, a partir da década de 1970, sofreu um grande processo de industrialização. Hoje, o setor produtivo predominante na cidade engloba a indústria, comércio e serviços. A economia de Montes Claros é diversificada pelas atividades de agropecuária, industriais e de prestação de serviços, com predomínio desta.

O sistema local de saúde conta com a atuação do Conselho Municipal de Saúde que se reúne mensalmente, controlando os gastos e execução da saúde; o orçamento destinado à saúde, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, para o ano de 2012 foi de 276.943.400 reais. O município conta com 76 ESF, 52 equipes de saúde bucal e 1 centro de especialidades odontológicas(CEO). Possui redes de média e alta complexidade como SAMU, Viva-Vida, e serviços de apoio a pacientes com deficiência física e mental.

O bairro Independência é assistido, atualmente, por três equipes de ESF, sendo que a área de abrangência da equipe Independência I, território de referência para realização deste trabalho, é dividida em seis microáreas e apresenta 3.724 habitantes, totalizando 1.043 famílias, destes 56% são adultos, 16% adolescentes, 18% crianças e 10% idosos. O bairro está localizado na região norte de Montes Claros, numa área de periferia, zona urbana, é composto por uma população, predominantemente, de baixas condições socioeconômicas. A unidade básica de saúde do ESF Independência I foi inaugurada em 2003, tem uma boa estrutura física, possui 5 consultórios, 1 sala de vacina, recepção, 2 banheiros, farmácia, área para reuniões de equipes e grupos operativos.

Em relação ao processo de trabalho dessa equipe, a mesma realiza consultas médicas diárias, atendimentos à demanda espontânea e programada; reuniões com grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes. Neste contexto, ressalta-se que a procura na UBS por serviços médicos é significativa, sendo que a população, por meio de abaixo-assinado, optou pela não realização das reuniões de acolhimento, o que resulta na existência de filas para marcação de consultas.

O diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Independência I foi realizado em abril/2013 e ocorreu utilizando-se o Método da Estimativa Rápida, por meio do qual, houve a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) através de entrevistas e reuniões, entrevistas com informantes-chave, observação ativa da área e análise de informações em prontuários, o que resultou na identificação dos seguintes problemas elencados por ordem de prioridade: dislipidemia em hipertensos e diabéticos; uso abusivo de substâncias psicoativas como drogas ilícitas, sedativos; desemprego; alta incidência de casos de tuberculose pulmonar.

Para o problema prioritário identificado, dislipidemia em hipertensos e diabéticos, será realizada uma proposta de intervenção, uma vez que este problema é prevalente na área da equipe ESF Independência I e para o qual a equipe de saúde tem maiores condições de enfrentamento.

Na área de abrangência, sob responsabilidade da ESF Independência I, há 296 hipertensos e 68 diabéticos. Portanto, ações voltadas para o acompanhamento desses grupos é de fundamental importância para evitar a ocorrência, no território, de internações e óbitos relacionados a complicações da dislipidemia, patologia frequente nestes pacientes.

Neste contexto, por meio da análise de prontuários e exames laboratoriais de hipertensos e diabéticos, constatou-se que uma parcela considerável desses pacientes apresenta acentuado descontrole nos níveis séricos de colesterol e/ou triglicérides, o que acentua o risco da ocorrência de patologias cardiovasculares nos mesmos, além de sua doença de base. Observa-se que, a falta de informação por parte dos hipertensos e diabéticos sobre o problema, bem como, os hábitos de vida inadequados dos mesmos, e a falta de estrutura na UBS para maior organização no atendimento a estes pacientes, perpetuam a dislipidemia entre eles. O estilo de vida desta população é determinado por fatores como: a maior parte da população tem poucos anos de estudo, primeiro grau incompleto; não possui renda fixa, são trabalhadores informais e dependem de benefícios governamentais como bolsa família; as condições habitacionais são precárias; a maioria depende, exclusivamente, da assistência pública à saúde; e parcela pequena participa ou envolve-se em grupos sociais (associação do bairro).

Portanto, com o intuito de organizar a assistência aos hipertensos e diabéticos quanto aos riscos da dislipidemia, pretende-se elaborar um plano de intervenção que deverá ser executado pela ESF Independência I a partir de janeiro de 2014.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar proposta de intervenção para acompanhamento de pacientes adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, quanto aos riscos de dislipidemias, inscritos na ESF Independência I, no município de Montes Claros, MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos sobre a prevenção, riscos e tratamento da dislipidemia;
- Melhorar a estrutura da UBS para o acompanhamento adequado dos hipertensos e diabéticos;
- Promover mudanças nos hábitos de vida dos hipertensos e diabéticos.

3 MÉTODO

Para a elaboração do presente trabalho foi realizada revisão de literatura, com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais, como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), considerando os seguintes critérios: estudos científicos (teses, monografias, artigos); idioma (português); período (2006-2013); e palavras-chave (dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus), sendo que esses estudos foram utilizados como referência para a discussão deste trabalho, ora realizado.

A proposta de intervenção aqui apresentada está embasada no método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010).

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

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

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

- . a **governabilidade** – *variáveis ou recursos* que a equipe **controla ou não** e que são necessários para implementar seu plano;

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

Cada método de planejamento utiliza terminologias e está embasado em conceitos que lhes são próprios. É o caso do conceito de estratégia, de situação, de ator social e de problemas.

Matus (1989,1993) define ator social como um coletivo de pessoas, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la.

Outro conceito fundamental para elaboração de uma análise situacional num processo de planejamento é conceito de problema. De modo geral, um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal e desejada.

Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos.

Entretanto, os problemas não são do mesmo tipo, isto é, existem aqueles mais ou menos complexos, de difícil ou fácil solução.

Consideraram-se dois tipos de problemas:

1. Problemas estruturados: aqueles cujas variáveis que o compõem e as relações entre elas são suficientemente conhecidas. As soluções para enfrentá-los são consensuais.

2. Problemas quase estruturados: caracterizam-se por serem bastante complexos, traduzindo-se em acentuadas dificuldades para seu enfrentamento.

Uma segunda categorização considerou os problemas como:

Problemas intermediários: são aqueles vividos no cotidiano da organização. Causam interferência na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados pela organização.

Problemas finais (ou terminais): são aqueles vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização. Eles devem ser o alvo do planejamento porque, para enfrentar problemas terminais, inevitavelmente, deve-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores dos problemas finais.

Matus(1989-93) *apud* Campos, Faria e Santos (2010) identifica quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, que são apresentados a seguir:

- Momento explicativo (Passos 1 a 5): busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional” aqui se considera a existência de outros atores que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.

Para a elaboração desses passos neste projeto, foram realizadas reuniões e entrevistas com a equipe de saúde (médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde-ACS, técnica de enfermagem); entrevistas a informantes-chave; e observação ativa da área, como

por exemplo, os recursos nela disponíveis, como também uma observação nos atendimentos clínicos, e à demanda pela procura dos serviços de saúde e as anotações nos prontuários.

- Momento Normativo (Passos 6 a 7): quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.

- Momento estratégico (Passos 8 e 9): busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.

- Momento tático-operacional (Passo 10): é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

Esses momentos de processo de planejamento, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico. Ou seja, a todo o momento estamos revisando nossa situação, a evolução dos nossos problemas e suas explicações e, a partir dessa evolução, revisando nossas intervenções e nossas ações para viabilizar essas intervenções, assim como a sua implementação e a avaliação dos seus resultados práticos.

4 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como já explicitado anteriormente, a proposta para realização do projeto de intervenção foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional-PES, seguindo a realização dos seus dez passos.

4.1 Primeiro Passo

Utilizando-se o Método da Estimativa Rápida realizou-se o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Independência I. O levantamento dos principais problemas ocorreu a partir de reuniões e entrevistas com a equipe de saúde (médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde-ACS, técnica de enfermagem); entrevistas a informantes-chave; e observação ativa da área, como por exemplo, os recursos nela disponíveis, como também uma observação nos atendimentos clínicos, e à demanda pela procura dos serviços de saúde, e as anotações nos prontuários.

Os problemas considerados prioritários foram: dislipidemia em hipertensos e diabéticos; uso abusivo de substâncias psicoativas como drogas ilícitas, sedativos; desemprego; alta incidência de casos de tuberculose pulmonar.

4.2 Segundo Passo

Após a identificação dos problemas, foi realizada a priorização daqueles que seriam enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderiam ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.). Como critérios para seleção dos problemas, a equipe da ESF considerou: a importância do problema, sua urgência, e própria capacidade para enfrentá-los, conforme descrito no QUADRO 1:

QUADRO1: Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Independência I, Montes Claros, MG, 2013:

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto percentual de dislipidemia em hipertensos e diabéticos.	Alta	7	Parcial	1
Uso abusivo de substâncias psicoativas.	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	3	Fora	3
Alta incidência de casos de tuberculose pulmonar.	Alta	4	Parcial	4

Assim, o problema selecionado, devido à alta prevalência e capacidade de enfrentamento foi: “Dislipidemia em hipertensos e diabéticos.”.

4.3 Terceiro Passo

Neste passo, foi realizada a descrição do problema selecionado. Os dados do SIAB, 2013, mostraram que há, aproximadamente, 296 hipertensos e 68 diabéticos na área da ESF Independência I. Provavelmente, os dados, à época da coleta dos mesmos, foram subestimados, pois havia microáreas sem atuação de ACS, logo alguns pacientes não entraram nos dados fornecidos pelo SIAB, pois não estavam cadastrados. Em consultas clínicas, a partir da observação de exames laboratoriais, e da análise de prontuários, verificou-se que significativa parcela de hipertensos e diabéticos apresentava dislipidemia.

4.4 Quarto Passo

Neste passo, buscou-se a gênese do problema que elegemos como prioritário: “Dislipidemia em hipertensos e diabéticos” a partir da identificação de suas causas.

As causas podem estar relacionadas com os pacientes: parcela significativa de hipertensos e diabéticos deixa de comparecer, para consultas de demanda programada, à unidade de saúde, por questões de trabalho, evolução assintomática de sua doença de base, por serem acompanhados por especialista, acreditam que o clínico não tem capacidade para tratá-los. Incluem-se ainda problemas como sedentarismo, más condições financeiras que se refletem em hábitos alimentares inadequados; baixo nível de informação quanto aos riscos da dislipidemia.

Além disso, causas relacionadas a fatores estruturais como: alta rotatividade profissional compromete o vínculo do paciente com a unidade; desinformação dos profissionais quanto a melhor forma de abordarem hipertensos e diabéticos com dislipidemia. Somam-se a isto, problemas relacionados ao processo de trabalho como: falta de organização na agenda para melhor atendimento a estes pacientes, gerando filas, o que dificulta o acesso do paciente à unidade; demora na autorização para realização de exames laboratoriais, devido a número de cotas insuficientes para exames; manutenção de um sistema de saúde em que se privilegia o atendimento à demanda espontânea, em detrimento à demanda programada.

4.5 Quinto Passo

Neste passo, buscou-se identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as quais precisam ser enfrentadas. Para realizar esta análise, utilizou-se o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES. O nó crítico traz a ideia de algo em que possamos intervir, que está dentro do nosso espaço de governabilidade.

Os nós críticos selecionados foram: baixo nível de informação sobre dislipidemia entre hipertensos e diabéticos; organização inadequada do serviço de saúde para atendimento a estes pacientes; hábitos de vida inadequados entre hipertensos e diabéticos. Pelo estudo, verificou-se que boa parte de hipertensos e diabéticos desconhecem o que seja dislipidemia, ou quais os riscos que níveis séricos elevados de colesterol ou triglicérides ocasionam a sua saúde. Há ainda uma organização inadequada do serviço para atendimento a estes pacientes, o

que inclui: filas para agendamento de exames; falta de organização na agenda da equipe para atendimento a estes pacientes, cotas insuficientes para realização de exames. Além disso, o baixo nível socioeconômico da população acaba por contribuir para a adoção de hábitos de vida inadequados como: consumo excessivo de carboidratos; sedentarismo.

4.6 Sexto Passo

No sexto passo, foram levantadas as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, incluindo ações como:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”.
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida.
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

QUADRO 2: Desenho de operações para os nós críticos do problema: dislipidemia em hipertensos e diabéticos na ESF Independência I.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Baixo nível de informação sobre dislipidemia entre hipertensos e diabéticos.	Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos quanto aos riscos da dislipidemia, e sua definição.	População de hipertensos e diabéticos melhor informada e consciente quanto ao problema.	Panfletos educativos esclarecendo o conceito de dislipidemia, seus riscos para a saúde, e informações quanto à importância da realização de exames periódicos para monitorização dos níveis séricos de lípidos; grupos operativos.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organização da agenda. Financeiro: para elaboração dos panfletos.

<p>Estrutura inadequada dos serviços de saúde na unidade básica para atendimento a hipertensos e diabéticos.</p>	<p>Organizar a estrutura do serviço para melhor atendimento aos hipertensos e diabéticos através da programação da agenda com dia fixo na semana para atendimento à demanda programada; busca ativa destes pacientes.</p>	<p>Maior agilidade e qualidade no atendimento a estes usuários a partir de consultas programadas evitando filas; maior agilidade na realização dos exames para seguimento e marcação de consulta; agenda organizada; atendimento com horário programado; hipertensos e diabéticos acompanhados satisfatoriamente; satisfação dos usuários e maior comparecimento à unidade para controle.</p>	<p>Maior número de pacientes com exames realizados e avaliados; programação mensal ou semanal das atividades; fazer acompanhamento dos pacientes por meio de visitas dos ACS.</p>	<p>Organizacional: adequar as consultas e retornos destes pacientes à agenda da equipe.</p>
<p>Hábitos de vida inadequados entre hipertensos e diabéticos.</p>	<p>Propôr mudanças nos hábitos de vida de hipertensos e diabéticos.</p>	<p>Diminuir o sedentarismo no grupo de hipertensos e diabéticos; redução de peso.</p>	<p>Programa de caminhada orientada: caminhadas saindo da UBS com um grupo de hipertensos e diabéticos, 3 vezes por semana, duração de 40 minutos, coordenada pelo enfermeiro, sendo uma com participação ativa do médico da equipe.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento do tema.</p> <p>Organizacional: organizar caminhadas, e agenda da equipe.</p>

4.7 Sétimo Passo

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, conforme descrito no quadro abaixo. Segundo Campos; Faria; Santos (2010, p.67) “são considerados **recursos críticos** aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são estes recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.”

QUADRO 3: Recursos críticos necessários para o plano de ação

OPERAÇÃO	RECURSOS CRÍTICOS
Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos quanto aos riscos da dislipidemia, e sua definição.	Financeiros: para aquisição de folhetos, aluguel de bicicleta do som para anúncio das reuniões com pacientes.
Organizar a estrutura do serviço para melhor atendimento aos hipertensos e diabéticos através da programação da agenda com dia fixo na semana para atendimento à demanda programada; busca ativa destes pacientes.	Organizacional: organizar o atendimento destes pacientes e retornos à agenda da equipe. Facilitar o acompanhamento.
Propor mudanças nos hábitos de vida de hipertensos e diabéticos.	Organizacional: organizar caminhadas e reuniões sobre hábitos de vida mais saudáveis.

4.8 Oitavo Passo

No oitavo passo, foi realizada a análise da viabilidade do plano, sendo identificados os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação, e realizada análise da motivação destes atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano, conforme ilustra o quadro abaixo. Tal ação é importante, uma vez que

o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano.

QUADRO 4: Análise de viabilidade do plano.

OPERAÇÃO	RECURSOS CRÍTICOS	ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	AÇÕES ESTRATÉGICAS
Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos quanto aos riscos da dislipidemia, e sua definição.	Financeiro: aquisição de folhetos.	Equipe de ESF.	Favorável	Apresentar o projeto na Secretaria Municipal de Saúde junto à coordenação da atenção primária para aquisição de cópias dos folhetos educativos
Organizar a estrutura do serviço para melhor atendimento aos hipertensos e diabéticos através da programação da agenda com dia fixo na semana para atendimento à demanda programada; busca ativa destes pacientes.	Organizacional	Equipe de ESF.	Favorável.	Não é necessário.
Propor mudanças nos hábitos de vida de hipertensos e diabéticos.	Organizacional	Equipe de ESF.	Favorável.	Não é necessário.

4.9 Nono Passo

No nono passo, elaborou-se o plano operativo. A principal finalidade deste passo é a designação de responsáveis pelos projetos e ações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O prazo proposto para implementação do projeto será de um ano, de julho de 2013 a julho de 2014, conforme ilustra o quadro abaixo:

QUADRO 5: Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos quanto aos riscos da dislipidemia, e sua definição.	População de hipertensos e diabéticos melhor informada e consciente quanto ao problema.	Panfletos educativos esclarecendo o conceito de dislipidemia, seus riscos para a saúde, e informações quanto à importância da realização de exames periódicos para monitorização dos níveis séricos de lípidos; grupos operativos.	Apresentar o projeto na Secretaria Municipal de Saúde junto à coordenação da atenção primária para aquisição de cópias dos folhetos educativos	Renilde e Cleide. Roberta	De agosto a outubro/2013
Organizar a estrutura do serviço para melhor atendimento aos hipertensos e diabéticos através da programação da agenda com dia fixo	Maior agilidade e qualidade no atendimento a estes usuários a partir de consultas programadas evitando filas; maior agilidade na realização dos exames para seguimento e marcação de	Maior número de pacientes com exames realizados e avaliados; programação mensal ou semanal das atividades; fazer acompanhamento dos pacientes por meio de		Enfermeiro Roberta ACS	Organizar agenda: de Agosto a outubro/2013

na semana para atendimento à demanda programada; busca ativa destes pacientes.	consulta; agenda organizada; atendimento com horário programado; hipertensos e diabéticos acompanhados satisfatoriamente; satisfação dos usuários e maior comparecimento à unidade para controle.	visitas dos ACS.			
Propor mudanças nos hábitos de vida de hipertensos e diabéticos.	Diminuir o sedentarismo no grupo de hipertensos e diabéticos; redução de peso.	Programa de caminhada orientada: caminhadas saindo da UBS com um grupo de hipertensos e diabéticos, 3 vezes por semana, duração de 40 minutos, coordenada pelo enfermeiro, sendo uma com participação ativa do médico da equipe.		Enfermeiro Roberta	Início das atividades em 30dias.

4.10 Décimo Passo

No décimo passo, é desenhado um modelo de gestão do plano de ação, e busca-se discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, conforme ilustra o quadro abaixo:

QUADRO 6: Acompanhamento do plano de ação:

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Elaborar agenda programada	Programação mensal	Roberta	Agosto de 2013			
Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos sobre dislipidemia	Panfletos educativos. Grupos operativos implantados.	Roberta ACS: Renilde e Cleide.	Agosto a setembro de 2013			
Apresentação do projeto à secretaria de saúde		Roberta				
Implantar busca ativa de hipertensos e diabéticos.	Busca ativa implantada.	Enfermeiro	Agosto a outubro de 2013			
Implantar grupo de caminhada orientada.	Grupo de caminhada implantado.	Roberta Enfermeiro	Agosto a outubro de 2013			

Depois de implementado o plano de ação, serão realizadas avaliações trimestrais, através da análise da agenda, a fim de avaliar se a cobertura de atendimento de consultas programadas a hipertensos e diabéticos foi aumentada; indicadores como frequência e assiduidade às caminhadas orientadas também podem ser utilizados como parâmetros para avaliação da efetividade do plano; a partir das reuniões de grupos operativos, ou de consultas clínicas, pode-se inferir se os pacientes estão mais informados quanto à dislipidemia.

5 DISCUSSÃO

A produção desregulada de colesterol no organismo dos seres humanos pode acarretar sérios problemas como a obstrução das paredes dos vasos sanguíneos, denominado aterosclerose, que está ligada ao aumento do colesterol no sangue (LEHNINGER, 2006).

As doenças ateroscleróticas vêm causando mortalidade no Brasil, tendo a dislipidemia como um dos principais fatores de riscos (SANTOS, 2001).

A dislipidemia vem de forma silenciosa na infância e só se desenvolve na vida adulta, mas isso depende do ritmo e do estilo de vida que a pessoa leva (FARIA; DALPINO e TAKATA, 2008).

Kolankiewicz; Giovelli e Bellinaso (2008), em um estudo cujo objetivo era conhecer e analisar o perfil lipídico e determinar a prevalência de dislipidemias em indivíduos adultos, concluíram que os indivíduos que tem risco de ter doença aterosclerótica não são só os diabéticos, mas também os hipertensos, sedentários, obesos, os fumantes e indivíduos que tem histórico familiar desta doença.

Estima-se que alguma forma de dislipidemia, isolada ou associada a outros fatores de risco cardiovascular, esteja presente em mais de 40% da população adulta mundial. A sua identificação precoce e o seu tratamento são de fundamental importância devido ao seu grande peso específico no desenvolvimento da doença aterosclerótica.

Assim, não é por acaso a constatação de que, atualmente as doenças cardiovasculares e a aterosclerose são consideradas um dos principais problemas da saúde pública no Brasil e no mundo, podendo levar o indivíduo a óbito com idades cada vez mais precoces.

Em se tratando especificamente das dislipidemias, os níveis séricos de colesterol total (CT) foram avaliados no Brasil em regiões específicas. Tal estudo conduzido em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 35 ± 10 anos, no ano de 1998, mostrou que 38% dos homens e 42% das mulheres possuem $CT > 200$ mg/dL. Neste estudo, os valores do CT foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas.

Associados a esses dados estão os de que a doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes. O número estimado de portadores de diabetes e de hipertensão é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsável por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise.

Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, não somente pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e de atividade física, além do tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A prevalência das dislipidemias mostra-se variável de acordo com as características étnicas, socioeconômicas e culturais de grupos populacionais distintos. No Brasil, raros são os estudos que determinam de forma fidedigna a real prevalência desta afecção em um número de indivíduos, estatisticamente representativos de uma população livre e geograficamente delimitada. A maior parte dos estudos envolve grupos restritos, limitados a determinada faixa etária, como pacientes ambulatoriais, indivíduos com doença coronariana já estabelecida, alunos ou funcionários de uma única instituição ou utilizando bancos de dados secundários provenientes de laboratórios de análises clínicas. E, ao mesmo tempo, quase a totalidade desses estudaram apenas os níveis de colesterol total, não permitindo a avaliação completa do perfil lipídico populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Caso medidas preventivas efetivas não sejam tomadas, prevê-se uma epidemia, com consequências desastrosas para a saúde pública.

Assim, torna-se indispensável para o desenvolvimento e promoção de políticas da saúde com a finalidade de reduzir a mortalidade cardiovascular, a presença de instrumentos de avaliação epidemiológica sobre o perfil lipídico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

As ações preventivas têm demonstrado impacto positivo na redução da mortalidade e morbidade associada à hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares.

Segundo IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose para tratar da hipertrigliceridemia secundária nos diabéticos, por exemplo, a dieta deve ser hipocalórica, o consumo de bebida alcoólica tem restrição total e o consumo de carboidratos e gordura deverá sofrer adequação. A atividade física, praticada regularmente, ajuda a controle das dislipidemias e doença arterial coronária. Os exercícios aeróbios como caminhada, corrida, ciclismo, natação, promove a redução dos triglicédeos, aumenta os níveis de HDL, e o índice de LDL não sofre alteração significativas.

Na área de abrangência da ESF Independência I, parcela significativa de hipertensos e diabéticos apresenta algum grau de dislipidemia, colocando-os, portanto, em um patamar de maior risco de doenças cardiovasculares.

Portanto, o objetivo de organizar a assistência aos hipertensos e diabéticos com dislipidemia na ESF Independência I justifica-se. Trata-se de um problema prevalente, com grande capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. A partir da análise de prontuários, ou de exames laboratoriais dos pacientes, verificou-se que a maioria apresentava aumento dos níveis séricos de colesterol ou triglicérides; além disso, em consultas clínicas, verificou-se um baixo nível de informação sobre dislipidemia, como também acompanhamento insatisfatório, pela equipe de saúde, do problema. Para alcançar o objetivo proposto, buscou-se elaborar um plano de intervenção sobre este problema.

O projeto de intervenção é, segundo Paz *et al* (2013,p.4), “ uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas de uma realidade.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários da ESF Independência I em Montes Claros-MG; uma vez que permitiu repensar o nível de atenção prestado aos hipertensos e diabéticos.

Tal curso proporcionou dinamismo e até mesmo criatividade às atividades que já estavam sendo desenvolvidas, bem como acrescentou novidades na área de abrangência, resultando numa maior consciência da importância da Estratégia de Saúde da Família.

Na elaboração do plano de intervenção para acompanhamento de hipertensos e diabéticos com dislipidemia, a equipe percebeu a relevância que tem nos resultados quando o paciente é mais bem informado sobre o assunto, quando se melhora a estrutura da USF e quando se promove mudanças de hábitos da população. Para isso, a utilização do PES foi essencial para que a equipe formulasse propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, F. C. 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 . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
2. CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.
3. IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEOROSE. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro. 88, suplemento I, abril, 2007.
4. FARIA, E.C.; DALPINO, F.B.; TAKATA. Lípidos e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes ambulatoriais de um hospital universitário público. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo. v. 26, n. 1, p. 54-58, 2008.
5. KOLANKIEWICZ, F; GIOVELLI, F.M.H.; BELLINASSO M.L.B. **Estudo do perfil lipídico e da prevalência de dislipidemias em adultos**. **RBAC**. v. 40, n. 4, p. 317-320, 2008.
6. LEHNINGER, A.L. **Princípios de Bioquímica**. 4ª Ed. São Paulo: Sarvier, 2006.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção Básica. **Sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Disponível em <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acessado em 02/11/2008.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, n.14, p.1-56, 2006.
9. PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília,

[online],2013.Disponível_em:<http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>.

10. SANTOS, D.R. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** ; 77 (S3): 1-48, 2001.
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes**. São Paulo, 2002.
12. [WWW.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
13. [WWW.datasus.gov.br/SIAB](http://www.datasus.gov.br/SIAB)