

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

YOEL FERRER MADERA

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DISLIPIDEMIAS EM
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ÁREA DO PSF SEBASTIAO
JOSE DE PAULA, MUNICÍPIO SANTA BARBARA DO MONTE VERDE, MG.**

JUIZ DE FORA. MG

2015

YOEL FERRER MADERA

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DISLIPIDEMIAS EM
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ÁREA DO PSF SEBASTIAO
JOSE DE PAULA, MUNICÍPIO SANTA BARBARA DO MONTE VERDE, MG.**

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. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

JUIZ DE FORA. MG

2015

YOEL FERRER MADERA

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DISLIPIDEMIAS EM
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ÁREA DO PSF SEBASTIAO
JOSE DE PAULA, MUNICÍPIO SANTA BARBARA DO MONTE VERDE, MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora)

Examinador 2: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015

RESUMO

Doenças como a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Dislipidemias 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 as dislipidemias entre eles. Este estudo objetiva reduzir o percentual de hipertensos e diabéticos com dislipidemias na área de abrangência da Equipe da Saúde da Família Sebastião Jose de Paula, município Santa Barbara Do Monte Verde- MG, por meio do aumento do nível de informação e da promoção da mudança de hábitos dos pacientes. A metodologia esta embasada no método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual, após processados os problemas identificados do diagnostico situacional da área é elaborado o 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 Mellitus. Dislipidemias.

ABSTRACT

Diseases such as Hypertension, Diabetes Mellitus and Dyslipidemia are considered important problems of public health in Brazil. It is observed that the lack of information by hypertension and diabetes about the problem as well as the inadequate lifestyle, perpetuate Dyslipidemia among them. This study aims to reduce the percentage of hypertensive and diabetic patients with dyslipidemia in the area covered by the Family Health Team. Sebastiao Jose de Paula, Santa Barbara from Monte Verde. MG. the beams of the increased level of information to patients and promoting change habits of those patients. The methodology is base on the Situational Strategic Planning (SSP), through which processed after the problems identified in the situational diagnosis of the area were drawn up an action plan for addressing the priority problem. It is expected to reduce the occurrence in the territory of hospitalizations and deaths related to these diseases.

Key words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Dyslipidemia.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo Geral.....	10
3.2 Objetivos Específicos.....	10
4. METODOLOGIA.....	11
5. REVISAO DE LITERATURA.....	12
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	17
6.1 Descrição e explicação do problema selecionado.....	18
6.2 Seleção dos “nós críticos”.....	18
6.3 Proposta das ações, desenho das operações e elaboração do plano....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERENCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

Santa Barbara Do Monte Verde está situada na Zona da Mata Mineira, num território de 418 Km² e possui uma população de 2788 habitantes. O município de Santa Barbara do Monte Verde faz divisa com os seguintes municípios: Lima Duarte, Rio Preto, Belmiro Braga e Juiz de Fora.

O sistema de abastecimento de água é realizado através de Sisagua com pontos de coleta cadastrados juntamente com a Superintendência Regional de Saúde. O sistema de limpeza urbana atende um 98% da população. É realizada coleta convencional e seletiva através de caminhão basculante. A economia local gira em torno da pecuária leiteira, hoje, já existindo uma política de desenvolvimento voltada para a organização dos produtores rurais.

O município conta com uma (1) Equipe do Programa de Saúde da Família, uma (1) Unidade Básica de Saúde, um (1) Posto de Saúde e, uma (1) Equipe de Saúde Bucal, Centro de Fisioterapia e Farmácia de Minas. O Programa conta com seis (6) Agentes Comunitários de Saúde.

Em Santa Barbara do Monte Verde, atualmente se tem uma Equipe de Saúde da Família, que possuem 1.502 famílias cadastradas, perfazendo um total de 5.274 pessoas assistidas pelo Programa. Com esse percentual, a cobertura em 2013, chegou a 99,23% dos 5.315 munícipes (IBGE, 2011).

No Programa de Saúde da Família são desenvolvidos Programas de Saúde da Mulher (PAISMCA - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente), de atenção aos portadores de Diabetes e Hipertensos, e Saúde do Idoso. Para o desenvolvimento de tais programas, a equipe do PSF conta com apoio de médicos ginecologistas, obstetras, pediatras, professor de educação física e também com o apoio de profissionais ligados à Secretaria Municipal de Educação, e com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), como psicólogo e assistente social. Na Assistência Farmacêutica, existe uma (1) Farmácia de Minas, inaugurada em outubro de 2011.

Além das atividades mencionadas a agenda da unidade ainda inclui a programação das atividades educativas semanais, orientadas aos grupos criados pela equipe e à população em geral, para a promoção e prevenção de situações de riscos presentes na comunidade. Estas atividades são planejadas por microáreas para se conseguir uma melhor participação da população e melhor organização da equipe para a realização das atividades.

A partir das reuniões e entrevistas com a equipe de saúde e observação ativa das áreas se realizou o diagnóstico situacional da área do PSF Sr. Sebastião Jose De Paula, com um levantamento dos principais problemas de saúde. Os problemas prioritários considerados foram: altos níveis de doenças infecciosas e parasitárias, altos níveis de dislipidemia em pacientes diabéticos e hipertensos, altos índices de tabagismo e alcoolismo e uso abusivo de substâncias psicoativas. Depois da identificação dos problemas realizou-se a priorização daqueles que serão enfrentados, considerando-se a importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento.

O problema selecionado devido à alta prevalência e capacidade de enfrentamento foi a dislipidemia em pacientes hipertensos e diabéticos. Segundo os dados obtidos do cadastro realizado no PSF Sr. Sebastião Jose De Paula e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) existem aproximadamente 440 hipertensos e 184 diabéticos e, também, em consulta clínica e informação por parte dos exames indicados e observação e análises dos prontuários, se verificou incidências altas de dislipidemias em hipertensos e diabéticos da área.

Portanto, com o intuito de organizar a assistência aos hipertensos e diabéticos aos riscos da dislipidemia, pretende-se elaborar um plano de intervenção que deverá ser executado no PSF Sebastião Jose De Paula.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo os dados obtidos no cadastro do PSF e SIAB existem aproximadamente 455 hipertensos e 73 diabéticos dos quais o 58% apresentam dislipidemia, o que aumenta o risco de aterosclerose e complicações de suas doenças.

As dislipidemias são um grupo de desordens caracterizado por alterações nas concentrações dos lipídios no sangue, componentes de lipoproteínas circulando em um nível que representa um risco para a saúde. É um termo genérico para nomear qualquer situação clínica, em que existem concentrações anormais de colesterol: colesterol total, colesterol de alta densidade, colesterol de baixa densidade ou triglicérides (TG). A dislipidemia é um fator de risco importante e modificável da doença Cardiovascular (CV).

Níveis muito altos de TG, especialmente quando não têm hiperquilomicronemia têm sido identificados como perigosos na patogênese da pancreatite aguda (KRIS-ETHERTON, 2000). A importância deste trabalho tem o objetivo de diminuir os altos índices de dislipidemias nos pacientes com doenças crônicas da área de saúde e conseqüentemente as complicações derivadas das dislipidemias.

A equipe participou das análises dos problemas levantados e considerou que, a nível local, existem recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, por tanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenhar um programa de intervenção educativa sobre dislipidemias para pacientes hipertensos e diabéticos na área do PSF Sebastião Jose de Paula, do município Santa Barbara do Monte Verde - MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre o assunto;
- Capacitar a equipe de saúde para a abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias;
- Aumentar nível de informação dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre riscos, prevenção e tratamento das dislipidemias;
- Intercambiar conhecimentos sobre como melhorar hábitos e costumes de vida.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho foi realizada revisão da literatura em base de dados eletrônicos e bibliotecas virtuais como *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), considerando os seguintes critérios: foram incluídos estudos científicos (artigos), teses e monografias, em português, pelo período de oito anos (2006- 2014) e as palavras-chave utilizadas foram dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os estudos foram utilizados para a discussão do trabalho.

A proposta de intervenção aqui apresentada está embasada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) Simplificado de acordo com Campos, Farias e Santos (2010).

Foram realizadas reuniões e entrevistas com a Equipe de Saúde (médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, odontólogo), entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área incluindo, os recursos nela disponíveis e observação nos atendimentos clínicos e nas anotações nos prontuários.

Após deste processo foi realizada uma proposta para a elaboração do plano de intervenção que será aplicado pela equipe de trabalho do PSF Sebastião Jose de Paula, do município Santa Barbara do Monte Verde - MG.

5 REVISAO DE LITERATURA

As doenças cardiovasculares representam hoje no Brasil a maior causa de morte. O numero estimado de hipertensos e diabéticos é de 23 milhões, cerca de 1 milhão setecentas mil pessoas tem doença renal crônica, sendo a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial responsáveis do 62,1% do diagnostico primário dos submetidos à diálise. Existe uma tendência ao aumento desse número, nos próximos anos, sobretudo pela persistência de hábitos inadequados e inatividade física (BRASIL, 2006).

As doenças ateroscleróticas vêm causando morte no Brasil, tendo as dislipidemias como um dos principais fatores de risco (SANTOS, 2001). Estas doenças são consideradas um dos principais problemas de saúde no Brasil e no mundo, podendo levar o individuo ao óbito com idades cada vez mais precoces.

A dislipidemia é um distúrbio nos níveis de lipídios e lipoproteínas no sangue, se considera um fator de risco altamente modificável para doenças cardiovasculares, cerebrais e renais; e clinicamente mais relevantes na aterosclerose (SANTOS 2001)

A dislipidemia se subdivide em três subtipos segundo Santos (2001):

- hipercolesterolêmica isolada;
- hipertrigliceridemia isolada;
- dislipidemia mista.

Tendo causas primárias, secundárias e fatores de risco ainda segundo o mesmo autor:

- a) Causa primária: distúrbios e defeitos.
- b) Causas secundárias (sendo as mais comuns): dieta inadequada, sedentarismo, resistência a insulina, alcoolismo e tabagismo.
- c) Fatores de risco: maior idade, HDL baixo, tabagismo, estresse e doenças endócrinas.

As gorduras, também denominadas de ácidos graxos, são substâncias que funcionam como fonte de energia para os processos metabólicos do organismo. As dislipidemias, também chamadas de hiperlipidemias são anormalidades na concentração das gorduras circulantes no sangue, fato que predispõe os indivíduos ao aparecimento da aterosclerose (depósitos de placas de gordura, chamadas de ateromas, na parede das artérias) (FARIA, 2008).

As dislipidemias não costumam causar sintomas, sendo o seu diagnóstico primordialmente laboratorial. Raros casos podem apresentar alterações da pele

(xantomas e xantelasmas). Os triglicerídeos, quando muito elevados no sangue, podem causar uma pancreatite aguda (inflamação do pâncreas) a qual costuma cursar com dor abdominal significativa (SANTOS, 2001).

A aterosclerose e suas consequências são a principal causa de morte no Brasil. As gorduras são obtidas dos alimentos (30%) ou são formadas em nosso próprio corpo (70%), principalmente no fígado, podendo ser armazenadas nas células gordurosas (adiposas) para um uso futuro. As células adiposas isolam o corpo contra o frio e ajudam a protegê-lo contra traumas. As gorduras são componentes essenciais das membranas celulares, das bainhas de mielina das células nervosas e da bile. (KOLANKIEWICZ, 2006).

As dislipidemias podem ter duas causas segundo Kolankiewicz(2006):

- Dislipidemias primárias: estas são de origem genética, mas fatores relacionados com hábitos de vida, como por exemplo, sedentarismo e os hábitos alimentares podem funcionar como desencadeantes para seu surgimento.
- Dislipidemias secundárias: pode ter origem a partir de outras doenças, como diabetes mellitus, obesidade, hipotireoidismo, insuficiência renal, síndrome nefrótica, doenças das vias biliares, síndrome de Cushing, anorexia nervosa e bulimia, associado ao uso de fármacos, como diuréticos em elevadas doses, β -bloqueadores, medicamentos de tratamento de acne, terapia de resolução hormonal, anticoncepcional oral, entre outros.

Como nem sempre é possível prevenir essa condição por apresentar também causas genéticas, recomenda-se uma mudança na dieta. A terapia nutricional se faz necessária para evitar o consumo excessivo de gordura e o conseqüente acúmulo de lipídios nas paredes vasculares. Entre as recomendações alimentares estão: redução dos alimentos de origem animal, os óleos de coco e dendê, maior ingestão de alimentos com Ômega-3 (peixes de água fria e óleos de soja e canola) e ingestão de vegetais e fibras solúveis. Como o sedentarismo também é um fator predisponente da dislipidemia, a prática regular de exercícios físicos previne a formação de placas de gordura, melhora a condição cardiovascular, diminui a obesidade e o estresse e influencia positivamente a pressão arterial. Outra medida importante é o combate ao tabagismo (BOTET, 2012).

Vários medicamentos são indicados para o tratamento das dislipidemias. As vastatinas ou estatinas são indicadas para reduzir o LDL-C em adultos. Os efeitos com este composto diminuem os eventos coronários isquêmicos e a necessidade de revascularização do miocárdio. A colestiramina é mais indicada para as crianças e como coadjuvante nos tratamentos com as vastatinas. Porém, não pode ser usada nas dislipidemias por hipertrigliceridemia. Para a hipertrigliceridemia, o tratamento indicado é a base de fibratos. Os fibratos reduzem o risco de eventos coronarianos em homens, aumentam o HDL e reduzem os TGs (SANTOS, 2001).

A resposta ao tratamento medicamentoso costuma ser eficaz, principalmente, quando este é associado a um estilo de vida saudável e focado no combate à doença (KOLANKIEWICZ, 2006).

Sem tratamento oportuno e adequado, a hiperlipidemia contribui para a instalação e o progressivo agravamento das DCVs, tornando-se um grave problema de saúde pública, também em termos de custos materiais, pois consome recursos econômicos tanto em relação a despesas de terapêutica clínica como de tratamento sob regime de internação hospitalar, sobretudo por procedimentos intervencionistas, tais como angioplastia transluminal coronária com ou sem implante de Stent e cirurgia de revascularização miocárdica (FARIA, 2008).

Segundo IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose, para se tratar a hipertrigliceridemia secundária em diabéticos, a dieta deve ser hipocalórica, consumo de bebidas alcoólicas com restrição total, consumo de carboidratos e gorduras deveram ter restrição (BRASIL, 2006).

A atividade física deve ser praticada regularmente para ajudar o controle das Dislipidemias e Doença Arterial Coronária. Os exercícios aeróbicos, caminhadas, corridas, ciclismo, natação promovem a redução de triglicérides, aumenta os níveis de HDL e o índice LDL não sofre alteração significativa (BRASIL, 2006).

As consequências diretas e indiretas da hiperlipidemia não diagnosticada ou mal controlada poderiam acarretar desemprego, incapacidade física e laborativa, custos médico-hospitalares e aposentadoria precoce. Estes impactos sociais e econômicos precisam ser bem analisados, pois são exatamente eles que muitas vezes dão o substrato para tomada de decisões administrativas e políticas no campo da Saúde. Neste sentido, um investimento em ações preventivas poderá resultar na Previdência Social brasileira, em médio e longo prazo, em significativo benefício social e redução substancial de custos, engajando-se na profilaxia ofensiva contra

este verdadeiro flagelo social que são as DCVs, influenciadas significativamente pela hiperlipidemia (BRASIL, 2006).

Na área de abrangência do PSF Sebastião Jose De Paula, parcela significativa de hipertensos e diabéticos apresenta algum grau de dislipidemia, colocando-os, portanto, em um patamar de maior risco de doenças cardiovasculares.

As ações educativas são praticas inerentes ao processo assistencial de saúde em todos os níveis de atenção. Na perspectiva de empoderamento e emancipação das pessoas para atuar nos aspectos fundamentais de sua vida, como a alimentação e a atividade física. O diabetes mellitus, a dislipidemia e a hipertensão arterial estão entre os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, cujo controle associado a mudança de estilo de vida pode ser estimulado no âmbito da Atenção Básica a Saúde, minimizando a morbimortalidade por essas doenças e o seu impacto na saúde publica (SANTOS, 2001).

Pacientes adequadamente inseridos neste processo se tornam mais cientes e cuidadosos com o seu bem-estar, adquirindo um maior incentivo em adotar mudanças de estilos de vida, principalmente quando são realizadas em grupo. Cabe aos profissionais de saúde subsidiar estes indivíduos com as informações e aplicar as estratégias necessárias para que se alcance este nível de cuidados na atenção básica (SANTOS, 2001).

A multifatorialidade e a elevada prevalência das doenças cardiovasculares tomam a instituição de abordagens preventivas um verdadeiro desafio a ser superado. E imprescindível a inserção do paciente no processo de educação em saúde, incluindo estratégias capazes de auxiliar o mesmo a adquirir uma compreensão ampliada do binômio saúde- doença, favorecendo desta forma o maior engajamento do individuo no controle de fatores de risco cardiovasculares (CAMPOS, 2013).

A importância do trabalho em grupo está em despertar nos participantes a necessidade do autocuidado, através da consciência crítica em relação ao binômio saúde e doença. Essa ação integradora leva em conta a concepção da promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo" (OMS, 1986), reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. As práticas que serão utilizadas pelo grupo operativo irão abordar de forma

mais objetiva a experiência da saúde e do adoecer. Uma delas é a fala, por meio da qual o indivíduo expressa seu universo simbólico. A outra é a linguagem, quando o profissional de saúde pode compreender a significação contida nas suas queixas (BRASIL, 2006).

Fatores estruturais como alta rotatividade dos profissionais de saúde, desinformação dos profissionais para abordar hipertensos e diabéticos com dislipidemias, a falta de organização na agenda para melhor atendimento destes pacientes, a demora na autorização de exames laboratoriais e manutenção de um sistema de saúde em que se privilegia atendimento de demanda espontânea em detrimento de demanda programada, são aspectos que tem dificultado o controle de risco na atenção primária (CAMPOS, 2013).

A educação permanente em saúde é um processo fundamental a desenvolver pelas equipes de atenção primária, pois é a base para o desenvolvimento de um bom trabalho de promoção e prevenção. Os tempos atuais exigem um profissional mais informado e com capacidades de informar, transmitir e intercambiar experiências que ajudem a melhorar a saúde do indivíduo e as famílias (CAMPOS, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir das reuniões e entrevistas com a equipe de saúde e observação ativa das áreas revisou-se e analisou-se o diagnóstico situacional da área do PSF SR. SEBASTIAO JOSE DE PAULA, realizando-se um levantamento dos principais problemas de saúde.

Os problemas prioritários considerados foram: altos níveis de doenças infecciosas e parasitárias, altos níveis de dislipidemia em pacientes diabéticos e hipertensos, altos índices de tabagismo e alcoolismo e uso abusivo de substâncias psicoativas.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na área de abrangência do PSF SR SEBASTIAO JOSE DE PAULA, SANTA BARBARA. MG, 2014.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTANCIA	URGENCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Altos níveis de dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias	Alta	5	Parcial	2
Uso abusivo de substâncias psicoativas	Alta	5	Parcial	3
Altos índices de tabagismo e alcoolismo	Alta	4	Parcial	4

Fonte: próprio autor, 2015.

Depois da identificação dos problemas realizou-se a priorização daqueles que serão enfrentados, considerando-se a importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento.

6.1 Descrição e explicação do problema selecionado

Na equipe de saúde da família do PSF SEBASTIAO JOSE DE PAULA foi feito um diagnóstico situacional de saúde. Utilizaram-se dados do SIAB e dos Agentes Comunitários de Saúde que estimou a população dividida em idades e principais doenças.

Segundo os dados obtidos do cadastro realizado no PSF e SIAB existem aproximadamente 455 hipertensos e 73 diabéticos, dos quais, em consulta clínica, informação por parte dos exames indicados, observação e análises dos prontuários se verificou alta incidência de dislipidemias em hipertensos e diabéticos da área. Aproximadamente 58% destes pacientes apresentam dislipidemias o que aumenta o risco de arteriosclerose e complicações de suas doenças.

6.2 Seleção dos “nós críticos”

O primeiro “nó crítico” a ser abordado foi a dificuldade por parte dos profissionais da saúde para a abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias, e o desenho de suas operações está exemplificado no **QUADRO 2**.

Os membros da equipe de saúde serão adequadamente capacitados conscientizando os pacientes sobre a importância das medidas preventivas durante as visitas domiciliares de rotina e o acolhimento na unidade de saúde, estimulando a mudança de hábitos alimentares através da sugestão de maior consumo de alimentos naturais como frutas, verduras, hortaliças, peixes e óleos vegetais e através da prática de exercícios físicos aeróbios, sempre cuidando a saúde do paciente. Os recursos necessários serão organizacionais para assim modificar a agenda das atividades da unidade e cognitivo com conhecimento sobre o tema.

O segundo “nó crítico” escolhido para ser abordado foi os hábitos e estilos de vida inadequados em hipertensos e diabéticos. O terceiro “nó crítico” se relaciona ao desconhecimento dos riscos das dislipidemias por parte dos pacientes, os desenhos das operações estão exemplificados no **QUADRO 3** e **QUADRO 4** respectivamente.

6.3 Proposta das ações, desenho das operações e elaboração do plano

QUADRO 2– Operações sobre o “nó crítico”: Dificuldade por parte dos profissionais da saúde para a abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemia, relacionado ao problema de alta incidência de dislipidemias em hipertensos e diabéticos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Sebastião Jose De Paula, em Santa Barbara do Monte Verde, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Dificuldade por parte dos profissionais da saúde para a abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias
Operação	Capacitar aos profissionais de saúde para um melhor atendimento e acompanhamento a pacientes hipertensos e diabéticos.
Projeto	Aprendendo para ajudar mais.
Resultados esperados	Profissionais de saúde mais preparados e com melhor desempenho em seu trabalho.
Produtos esperados	Realização das atividades educativas sobre dislipidemias. Maior número de pacientes com exames complementares. Melhor acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Maior desenvolvimento na pesquisa de dislipidemias em hipertensos e diabéticos.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde
Recursos necessários	Cognoscitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: organização da agenda.
Recursos críticos	Organizacional: as reuniões sobre o tema. Elaborar uma agenda de trabalho.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	favorável
Responsáveis:	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Semanal nas atividades coletivas

Fonte: próprio autor, 2015.

QUADRO 3– Operações sobre o “nó crítico”: hábitos e estilos de vida inadequados em hipertensos e diabéticos, relacionado ao problema de alta incidência de dislipidemias em hipertensos e diabéticos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Sebastião Jose De Paula, em Santa Barbara do Monte Verde, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados em hipertensos e diabéticos
Operação	Propor mudanças nos hábitos e estilos de vida em pacientes hipertensos e diabéticos.
Projeto	Melhorando minha saúde
Resultados esperados	Diminuir o sedentarismo em hipertensos e diabéticos.
Produtos esperados	Programa de caminhadas orientadas: saindo do PSF com um grupo de hipertensos e diabéticos 2 vezes por semana com uma duração de 40 minutos coordenadas pelo enfermeiro, sendo uma com participação ativa do médico da equipe.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde e comunidade.
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimentos do tema. Organizacional: organizar caminhadas e agenda da equipe.
Recursos críticos	Organizacional: organizar caminhadas, reuniões e palestras sobre hábitos e estilos de vida mais saudáveis
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	3 meses para o inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação de 3 em 3 meses.

Fonte: próprio autor, 2015.

QUADRO 4– Operações sobre o “nó crítico”: desconhecimento dos riscos das dislipidemias por parte dos pacientes, relacionado ao problema de alta incidência de dislipidemias em hipertensos e diabéticos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Sebastião Jose De Paula, em Santa Barbara do Monte Verde, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Desconhecimento dos riscos das dislipidemias por parte dos pacientes
Operação	Aumentar o nível de informação em hipertensos e diabéticos quanto a riscos de dislipidemias
Projeto	Aprendendo a cuidar da minha saúde.
Resultados esperados	Maior informação dos riscos por parte da população de hipertensos e diabéticos.
Produtos esperados	Panfletos educativos esclarecendo conceitos de dislipidemias, riscos para a saúde e informações quanto a importância da realização de exames periódicos monitorizarão dos níveis séricos de lipídeos.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde e comunidade
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento do tema Organizacional: organização da agenda. Financeiros: elaboração dos panfletos
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de folhetos e material educativo. Aluguel de uma moto de som para anuncio das reuniões com paciente.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Equipe de saúde.
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mensalmente.

Fonte: próprio autor, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento e a avaliação de ações em saúde permitem realizar intervenções nos principais problemas e priorizar ações para a solução. A dislipidemia em hipertensos e diabéticos na população da área de abrangência da unidade tem uma alta incidência, o que traz graves complicações para o estado de saúde dos pacientes.

Portanto é preciso alertar a população e fazer um programa para utilizar técnicas que permitam ao participante o aumento do autoconhecimento a nível físico e psicológico sobre o problema em questão.

Espera-se que com esse plano de intervenção, para acompanhamento de hipertensos e diabéticos com dislipidemias, se obtenha um resultado relevante em relação à informação absorvida pelo paciente sobre o assunto, uma melhora na estrutura do PSF devido à educação e organização da equipe de trabalho, e que todo esse conjunto promova mudanças de hábitos na população. Para isso foi essencial a utilização do PES para formular propostas baseadas em evidências com grandes probabilidades de serem resolutivas.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10-03-2015

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Portal da Saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br/SIAB>. Acesso em: 10-03-2015

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, 2013.

CORREA, E.J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M.S. **Iniciação a metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: NESCON. UFMG, 2013.

IV DIRETRIZ BRASILEIRA SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro. 88, suplemento I, abril, 2007.

FARIA, EC; DALPINO, FB; 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.

KRIS-ETHERTON, P.M.; TAYLOR, D.S.; YU-POTH, S. *et al.* Polyunsaturated fatty acids in the food chain. **Am J Clin Nutr.** Jan;71(1 Supl):179S-88S, 2000.

KOLANKIEWICZ, F; GIOVELLI, FMH; BELLINASSO M.L.B. Estudo do perfil lipídico e da prevalência de dislipidemias em adultos. **RBAC.** v.40, n. 4, p.317-320, 2008.

LEHNINGER, A.L. **Princípios de bioquímica.** 4ª ed. São Paulo: Savier, 2006

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília, n.14, p. 1-56, 2006.

PEDRO-BOTET, J.; BENAIGES, D.; PEDRAGOSA, A. Dislipidemia diabética, macro y microangiopatía. **Clínica e Investigación en Arteriosclerosis.** V.24, n.6, 2012.

SANTOS, D.R.III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretrizes de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; 77 (S3): 1-48, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes.** São Paulo, 2002.