

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG - NESCON
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALBERTO NOGUEIRA VEIGA

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA DISLIPIDEMIA EM PACIENTES ADULTOS
HIPERTENSOS COM VISTAS À REDUÇÃO DA ATEROSCLEROSE**

Belo Horizonte

2010

ALBERTO NOGUEIRA VEIGA

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA DISLIPIDEMIA EM PACIENTES ADULTOS
HIPERTENSOS COM VISTAS À REDUÇÃO DA ATEROSCLEROSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica e
Saúde da Família da Universidade Federal de
Minas Gerais.

Orientadora: Helena Hemiko Iwamoto

Belo Horizonte

2010

Monografia defendida junto ao NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, com fins à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica e Saúde da família, em banca constituída pelos seguintes examinadores:

Flávio Chaimowicz

Helena Hemiko Iwamoto

Belo Horizonte, 29 de Agosto de 2010

DEDICATÓRIA

À Ana que me apóia integralmente e sempre faz além!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela alegria da vida, pelo amor que nos motiva e pelo milagre da medicina.

À minha família, por todo o carinho e auxílio.

Ao meu tutor no curso, Dr. Warley Aguiar Simões, pelo acompanhamento e entusiasmo.

À gerente do CS São Paulo – PBH, Jacqueline Fortunato Rodrigues Costa, pelo apoio constante.

Ao NESCON e à PBH, pela oportunidade.

À minha orientadora, Profa. Helena Hemiko Iwamoto, pelos comentários e ajuda.

“Dedicar-se ao atendimento primário é como tentar distinguir um rosto específico em um trem em movimento.”

Victoria Rogers McEvoy

Resumo

Por considerar a dislipidemia um fator modificável que eleva o risco cardiovascular em hipertensos, o presente estudo tem como objetivo propor um plano de ação permanente para redução dos níveis lipídicos nestes indivíduos. Para o alcance dos objetivos realizamos uma retrospectiva histórica dos processos de atendimento, focado na atenção primária, e dos aportes teóricos que subsidiaram a elaboração da proposta de intervenção.

Abstract

Considering dyslipidemia a modifiable factor that increases cardiovascular risk in hypertensive patients, this study aims to propose an action plan for permanent reduction of lipid levels in these individuals. To reach the objectives we conducted a historical review of the processes of care, focused on primary care, and theoretical contributions that support the development of the proposed intervention.

SUMÁRIO

Introdução	09
Metodologia	10
Resultados e Discussão	11
Conclusão	26
Referências bibliográficas	27

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde que têm desenvolvido estudos orientados para a atenção primária têm obtido melhores resultados, propiciando maior satisfação ao usuário e promovendo, ao mesmo tempo, a equidade e a melhoria da saúde geral da população a custos bem mais admissíveis (SMS/PBH, 2008). O adequado desenvolvimento do atendimento na rede primária é de fundamental importância e proporciona, não somente a prevenção de doenças, mas também permite identificar situações graves em curso ou fatores de risco que podem conduzir o usuário ao encontro destas.

Dentre os fatores desencadeantes das doenças do sistema circulatório destacamos a dislipidemia e a hipertensão arterial sistêmica. Além de graves e extremamente prevalentes, as doenças cardiovasculares (DCV) possuem a característica de serem inicialmente silenciosas. Os pacientes as portam durante muitos anos até que os sintomas comecem a surgir e sejam detectados.

A prevenção e o tratamento precoce de fatores predisponentes das DCV como a dislipidemia e a hipertensão, bem como do diabetes, obesidade e tabagismo podem reduzir o risco cardiovascular, e evitar ao usuário a necessidade de intervenções mais invasivas física e psicologicamente.

Por ser a dislipidemia um fator modificável e que aumenta ainda mais o risco cardiovascular do indivíduo hipertenso e por ser a atenção básica o ambiente apropriado para se controlar e prevenir estas situações, o presente estudo tem como objetivo propor um plano de ação permanente para o controle da dislipidemia em pacientes adultos hipertensos, com vistas à redução da aterosclerose.

METODOLOGIA

Trata-se de um plano de ação, com uma breve retrospectiva histórica dos processos de atendimento, focando na atenção primária, na descrição dos aportes teóricos que guiam a elaboração do plano de ação, em especial as ferramentas de gestão que auxiliam no “gerenciamento da saúde” do usuário. A contextualização da doença e os fatores de risco foram aqueles vivenciados em um centro de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acúmulo progressivo de conhecimento vem se dando por séculos. Os paradigmas têm sido invalidados e verdades reconstruídas. A simples prática de cura se firmou como ciência no final do século XVIII, permeada por todos os aspectos do relacionamento humano. A atenção à saúde, portanto, não se resume apenas ao conhecimento e prática, cura e prevenção, mas também ao poder, ou seja, a capacidade de os profissionais, usuários e instituições como igrejas, entidades filantrópicas, estabelecimentos de saúde, companhias de seguro, indústrias farmacêuticas e governos, influenciarem nos processos de trabalhos (PICKSTONE *in* PORTER, 2001).

A cura e a promoção de saúde inserem-se na prática dos cuidados primários. Historicamente, pode-se lembrar que o primeiro médico procurado pelo doente que apresentava algum sintoma realizava o que se denominava “cuidado primário”. No passado, o primeiro a ser chamado era o clínico geral. No século XIX, este se mostrava mais como um amigo da família, não que esta prática seja desprezível, mas ela não poderia se opor ao exercício da profissão de forma científica. Antes, devem se somar na busca do cuidado completo; e o usuário deve ser visto não como um conjunto de problemas onde o que encanta são as doenças.

Aos poucos, o médico que prestava assistência nos primeiros cuidados, deixou de ser um clínico geral e passou a ser um especialista e o local onde se prestavam os cuidados deixou de ser sua casa ou a dos pacientes, transferindo-se para departamentos especializados de medicina dentro de hospitais. (SHORTER *in* PORTER, 2001).

À medida que a ciência médica evoluía, valorizando a super especialização, era deixado de lado o conhecimento amplo do usuário e o valor do cuidado domiciliar. Desta forma, o corpo foi “compartimentalizado” nas áreas de saber. Contudo, desnecessário ratificar que a especialização é fundamental para o cuidado de qualidade; bem como o diálogo entre as diferentes áreas do saber e a

valorização do indivíduo em todos os seus aspectos físicos e mentais, como praticado na atenção primária.

Assim, o profissional inserido no contexto de cuidados primários deve estar atento ao atendimento integral do indivíduo vislumbrando suas amplas necessidades e recorrendo aos conhecimentos especializados. Ao mesmo tempo, o especialista deve dar completa atenção ao usuário, oferecendo seu aprofundado conhecimento em uma determinada área.

Na medida em que o conhecimento aumentou e a forma de relação entre profissionais e usuários se transformou, a prevalência das doenças também se modificou. As doenças infecciosas e parasitárias reduziram em incidência, dando lugar às doenças crônico-degenerativas como neoplasias, doenças cardiovasculares e artrites. Este comportamento foi notório nos países desenvolvidos durante o século XX e atualmente o mesmo quadro se mostra nos países em desenvolvimento como o Brasil.

Passados os anos, o Brasil experimentou diferentes situações de saúde pública. Enfim, organizou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem amadurecido; vivencia contradições, mas vem permitindo a inclusão e o acesso à assistência à saúde. Neste contexto de desenvolvimento, a Atenção Básica à Saúde se mostra como porta de entrada para o usuário e o Programa de Saúde da Família (PSF) se firma como a estratégia que viabiliza este processo permitindo o acesso ao cuidado integral (SMSA/PBH, 2008).

O PSF é, portanto, um componente articulado com todos os níveis de atenção, caracterizando não uma hierarquização das tecnologias, mas uma rede de cuidado. É papel do Programa de Saúde da Família lançar mão de tecnologias disponíveis nas diferentes áreas do saber relacionadas à atenção à saúde, sem se esquecer que o paciente necessita de um gerenciamento global de sua condição. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os profissionais da Saúde da Família devem, portanto, se apresentar como “gerentes da saúde”. E a gerência da saúde consiste em um dos processos mais complexos que existem. Neste contexto, o presente estudo busca o conhecimento no campo gerencial, apresentando ferramentas úteis e necessárias nas ações de

saúde como a elaboração de um plano de ação para o controle da dislipidemia em pacientes adultos hipertensos com vistas à redução da aterosclerose.

Desta forma, o programa permite a adequada promoção de saúde e prevenção de doenças, além das práticas curativas e reabilitadoras. Deste breve histórico dos processos de atendimento do usuário, com vistas à promoção da saúde, concluímos que:

- a) O conhecimento científico na área da saúde expandiu e profissionalizou-se.
- b) Frente à grande demanda gerada pelas doenças e seus processos de cura, a medicina segmentou-se em áreas distintas, gerando a compartimentalização do conhecimento e das práticas medicinais por meio das especializações.
- c) Muito se evoluiu em termos de conhecimento científico, mas o atendimento humanizado em que o indivíduo é reconhecido pelo profissional em seu sentido pleno, inserido em seu contexto, muitas vezes é abandonado. A isso se propõe a atenção básica. Prestar atendimento humanizado e qualificado.
- d) Se o conhecimento se segmentou, se a grande demanda por processos especializados compartimentalizou o atendimento, o paciente e suas necessidades continuam as mesmas. É um ser único, com diversas doenças em um só indivíduo.

Gerenciamento da saúde dos pacientes no atendimento básico

De uma forma ou de outra, o planejamento/gerenciamento das atividades humanas sempre existiu. O ato de planejar é inerente ao homem, fazendo parte do nosso cotidiano em menor e maior proporção. Ao contrário de atos improvisados, o planejamento tem por objetivo a sistematização das ações em busca de uma meta ou objetivo:

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (CARDOSO et al, 2008).

A complexidade dos conhecimentos científicos em diversas áreas, bem como a consequente demanda por qualidade e planejamento, estimulou o surgimento de instituições dedicadas à pesquisa e desenvolvimento de metodologias de gestão para serviços e projetos. Assim, não só houve uma profissionalização do atendimento à saúde, mas também dos processos de planejamento. Neste cenário contemporâneo, duas instituições se destacam no que tange às metodologias de gerenciamento: IPMA e PMI (IPMA, 2010), (Project Management Institute, 2008).

Em 1965, um grupo de pessoas inovadoras criou um fórum de discussão voltado para os gerentes de projetos, com o objetivo de trocar informações e idéias sobre o assunto. Este fórum culminou na fundação da IPMA, a primeira associação de gestão de projetos do mundo. IPMA – International Project Management Association – é, portanto, uma organização internacional não-lucrativa, voltada para o estudo de gestão de projetos, com sede na Europa, porém com mais de 50 associações representantes ao redor do mundo. Promove o estudo do tema em empresas e instituições das mais diversas, através de publicações, congressos e certificação de gestores de projetos.

Assim como a IPMA, o PMI – Project Management Institute – foi fundado por um grupo de pessoas de vanguarda que compreendiam o valor do compartilhamento de informação dos processos e da discussão dos problemas na área de gestão de projetos. A primeira reunião oficial do grupo aconteceu em 1969, no Georgia Institute of Technology em Atlanta (EUA). Hoje, mais de 40 anos depois, o PMI se expandiu em escala global, sendo a principal associação mundial de gerenciamento de projetos. Conta com mais de 240.000 associados em 160 países. Todos os principais setores e áreas profissionais encontram representação no PMI, com destaque para a área da saúde, objeto deste trabalho.

Assim como a IPMA, o PMI possui uma série de eventos, publicações, certificação e demais contribuições, sendo provavelmente a sua melhor e mais famosa contribuição a publicação do *PMBOK – Um Guia de Conhecimentos em Gerenciamento de Projetos*. Este guia servirá, juntamente com outras

metodologias de relevância, como trilha para elaboração e condução deste projeto. Cabe, entretanto, introduzirmos algumas questões conceituais antes de prosseguirmos com nossa proposta de projeto.

Um projeto é um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo. Temporário significa que todos os projetos possuem um início e um final definidos. O final é alcançado quando os objetivos do projeto tiverem sido atingidos, quando se tornar claro que os objetivos do projeto não serão ou não poderão ser atingidos ou quando não existir mais a necessidade do projeto e ele for encerrado. Temporário não significa necessariamente de curta duração; muitos projetos duram vários anos. Em todos os casos, no entanto, a duração de um projeto é finita. Projetos não são esforços contínuos. Além disto, geralmente o termo temporário não se aplica ao produto, serviço ou resultado criado pelo projeto. A maioria dos projetos é realizada para criar um resultado duradouro. (PMBOK, 2008)

Neste sentido, entendemos que o nosso desafio se divide em três partes, para sermos cartesianos. A primeira consiste na elaboração e condução de um projeto para avaliação do perfil lipídico de pacientes adultos hipertensos, tratados pela equipe de saúde de um Centro de Saúde, em Belo Horizonte.

Concluída esta avaliação e diagnóstico do contexto da enfermidade, prosseguimos com a elaboração de intervenções e rotinas de tratamento e prevenção da aterosclerose na atenção básica, com foco específico para o público em questão, o que deve levar em consideração todos os fatores positivos e negativos do contexto no qual a população do bairro, encontra-se inserida.

Precisamos avaliar, não somente o contexto físico (infra-estrutura), mas também social, econômico, cultural e comportamental. Uma vez feito o diagnóstico, identificados os fatores de interferência (negativos e positivos), definido o contexto, elaborada a estratégia de ação, o nosso projeto se encerra e passa a se tornar um “programa”, ou seja, um esforço permanente e repetitivo voltado para o cumprimento das metas propostas no projeto. Este programa precisa, ainda, de tempos em tempos, ser reavaliado e atualizado, na medida em que o quadro e/ou os atores envolvidos se alterem.

Contextualização da Hipertensão, Dislipidemia e Aterosclerose

Um das ações realizadas na Atenção Básica é a abordagem preventiva das doenças de maior morbimortalidade. As doenças do aparelho circulatório (DAC) aparecem como a principal causa de óbito, seguidas pelas neoplasias e por causas externas de morbidade e mortalidade. (Secretaria de Vigilância em Saúde / MS, 2004)

Portanto, as DAC são alvo de constantes estudos em busca de melhor reconhecimento e controle de seus fatores de risco. Um consagrado estudo realizado é o de Framingham. Este estudo tomou curso nos Estados Unidos e revolucionou as metodologias de investigação na área. Cerca de seis décadas atrás, a cidade de Framingham (Massachusetts/EUA) foi escolhida pelo governo americano para ser o local de estudo das doenças cardiovasculares. Mais de cinco mil residentes saudáveis, entre 30 e 60 anos de idade, foram selecionados para submeterem-se avaliações clínicas e laboratoriais intensas. Desde então, a população é reavaliada cuidadosamente e acompanhada em relação ao desenvolvimento de doenças cardíacas.

Se as pesquisas mundiais têm avançado, a compreensão das doenças cardiovasculares no Brasil ainda apresenta-se incompleta. Esforços no sentido de ampliar o conhecimento no assunto têm gerado novos estudos transversais e casos-controle que trazem dados concretos sobre a nossa realidade. Enquanto no passado os únicos dados precisos eram os de mortalidade, hoje podemos lançar mão de informações do SUS que contabiliza todas as Autorizações de Internação Hospitalar no país. Merecem destaque três estudos de base populacional realizados no país, dois realizados em Belo Horizonte e um em São Paulo (DATASUS, 2004). Estas pesquisas, dentre outras, revelam dados importantes acerca da saúde no Brasil. Tabulamos a seguir os principais, relativos ao nosso tema.

DADOS DO SUS (2003)	
Descrição do Dado	Percentual
Proporção de Internações do SUS por Doenças do Aparelho Circulatório	11%
Proporção dos gastos por Internações no SUS referentes a Doenças do aparelho circulatório	19,56%
Proporção de Internações no SUS por Aterosclerose	0,2%
Proporção dos gastos por internações no SUS referentes a aterosclerose	0,42%

É importante ressaltar que as doenças do aparelho circulatório são as maiores responsáveis por internações no Brasil (19,56%). Ainda que a aterosclerose represente, dentre as doenças do aparelho circulatório, aquela que menos provoca internações, sua correlação com outras doenças graves como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) a coloca entre as nossas prioridades no tratamento e prevenção. Estas doenças e causas de internações e óbitos refletem-se diretamente em maiores custos na saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2004).

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares são altamente prevalentes e passíveis de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). A dislipidemia, hipertensão, o tabagismo, o diabetes melito e a obesidade são fatores de risco para doenças cardiovasculares modificáveis e devem ser rotineiramente abordados na Atenção Básica, sabendo-se que seu controle é fundamental na obtenção da promoção de saúde e prevenção de doenças. A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. Os indivíduos hipertensos merecem especial cuidado no tocante às demais comorbidades as quais elevam o risco cardiovascular.

A dislipidemia é importante fator de risco associado à hipertensão, na maioria das vezes passível de controle por mudanças do estilo de vida (MEV) e medidas medicamentosas (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

As metas lipídicas para os pacientes hipertensos são ainda mais rigorosas, devendo esses pacientes ser rotineiramente monitorados. Os níveis elevados de

colesterol plasmático e de triglicérides aumentam significativamente o risco de doenças cardiovasculares. Estima-se que os níveis de colesterol elevados causem 56% das doenças cardíacas isquêmicas e 18% dos acidentes vasculares encefálicos, chegando a 4,4 milhões de mortes por ano. A aterosclerose está claramente relacionada à elevação do colesterol sendo, portanto, fundamental o controle rigoroso dos níveis lipídicos. Sobre o tema, lemos no Tratado de Cardiologia da SOCESP:

Em Avezum, o nível sérico mais elevado de LDL-colesterol, de acordo com as recomendações do NCEP (<100 mg/dl versus \geq 100 mg/dl) demonstrou estar significativamente associado com a ocorrência de IAM. Os níveis séricos de HDL-colesterol são considerados preditores independentes e robustos, inversamente relacionados à incidência de DAC, nos resultados de numerosos estudos observacionais (SOCESP, 2008).

Por ser uma doença assintomática, a aterosclerose precisa ser abordada precocemente, para que se possam evitar danos maiores à saúde do paciente. Quanto mais cedo forem implementadas as medidas de controle maior o impacto positivo resultante da mudança de hábitos e adoção de comportamentos preventivos. Tudo isto reforça, e muito, a importância de se abordar a doença de modo sistemático, planejado. A partir de um diagnóstico bem documentado, poderemos elaborar um Planejamento Estratégico adequado para tratamento e prevenção da aterosclerose, atuando em seus diversos fatores supracitados, dentre eles o combate aos altos níveis lipídicos que predispõe a doença aterosclerótica.

Relato de Experiência no contexto de um centro de saúde

Desde 2007, integramos a equipe de um Centro de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, tendo iniciado os trabalhos na Equipe 5 no início de 2009. Segundo o Diagnóstico Situacional, elaborado pela equipe, o universo dos usuários inclui 790 famílias, somando 2.723 pessoas. Quase dois terços das

famílias ganhavam até 3 salários mínimos. Ressaltamos este aspecto para enfrentarmos, logo de início, o primeiro obstáculo ao tratamento das doenças em questão – hipertensão e dislipidemia: o contexto sócio-econômico.

O estudo AFIRMAR (Avaliação dos Fatores de Risco para Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil), pesquisa que envolveu 104 hospitais em 51 cidades brasileiras, demonstrou que estão dentre os fatores de risco para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) a baixa renda familiar e o grau de escolaridade (SOCESP, 2005, p.27).

Em uma abordagem apressada, poderíamos pensar que o grande problema consiste no alto custo dos medicamentos para se tratar estas doenças. Entretanto, tanto as farmácias dos postos de saúde da prefeitura, quanto a farmácia da Secretaria Estadual de Saúde, fornecem os medicamentos essenciais para controle de ambas as doenças. Um ponto verdadeiro está na inconsistência deste fornecimento, sendo que em alguns períodos pode haver falta dos remédios de uso contínuo. Porém, a primeira preocupação de ordem econômica está mais associada às condições de vida do que à aquisição de medicamentos. A falta de recursos financeiros predispõe a uma série de fatores de risco que favorecem e agravam, tanto a hipertensão, como a dislipidemia, tais como: estilo de vida inadequado, gerado pelo stress e preocupações decorrentes do trabalho (em geral, da falta deste); alimentação incorreta e insuficiente, aumentando o sobrepeso e a obesidade; pouco tempo livre para atividades de lazer; trabalho sedentário ou estilo de vida sedentário, decorrente da pouca infra-estrutura e pouco tempo para a prática de exercícios físicos. Sobre este fator, lemos:

Sabe-se ainda que o exercício físico regular pode alterar, sobremaneira, os níveis de lípidos plasmáticos. Esses fatores fizeram com que o exercício físico regular fosse incluído como uma opção terapêutica não-medicamentosa no tratamento das dislipidemias pelo National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. (SOCESP, 2005, p.320)

O outro fator levantado pelo estudo AFIRMAR – o grau de escolaridade – consiste, em um dos elementos que contribui para uma das maiores dificuldades relativa ao controle da hipertensão e da dislipidemia: a baixa adesão do usuário ao tratamento, somada à incompreensão da importância e das formas de tratamento. É extremamente comum, no dia-a-dia do profissional da saúde da família, encontrarmos usuários com doenças crônicas não controladas devido a fatores como o analfabetismo, o esquecimento de tomar os remédios, ou confundi-los com outros medicamentos de uso contínuo.

Até agora, introduzimos alguns dados estatísticos, disponibilizados pelo Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde V do Centro de Saúde São Paulo. Não sendo possível, para fins desta monografia, obter outros dados relativos às doenças temas deste trabalho, prosseguiremos com estimativas aproximadas, avaliações expedidas decorrentes da nossa experiência junto aos usuários. Realizamos, então, o primeiro corte amostral: os 277 hipertensos.

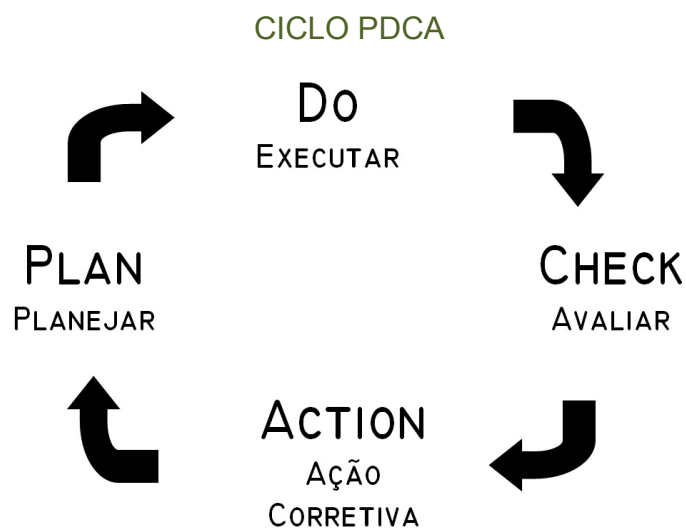
Estimamos que um terço dos usuários hipertensos frequentavam com assiduidade os Grupos de Hipertensos; dois quintos dos hipertensos são, também, dislipidêmicos; quatro quintos destes usuários dislipidêmicos o são por decorrência dos fatores genéticos, agravados ou desencadeados pelos hábitos de vida anteriormente mencionados.

Não saberíamos estimar quantos usuários são portadores de aterosclerose, mas a doença é presente no universo amostral, com tendências a se agravar caso a hipertensão e dislipidemia não sejam corretamente controladas. Diante deste cenário, bem como dos marcos teóricos consultados, partimos para a descrição da nossa proposta de Plano de Ação para controle da dislipidemia em usuários adultos hipertensos, com vistas à redução da aterosclerose.

PLANO DE AÇÃO

Ciclo PDCA

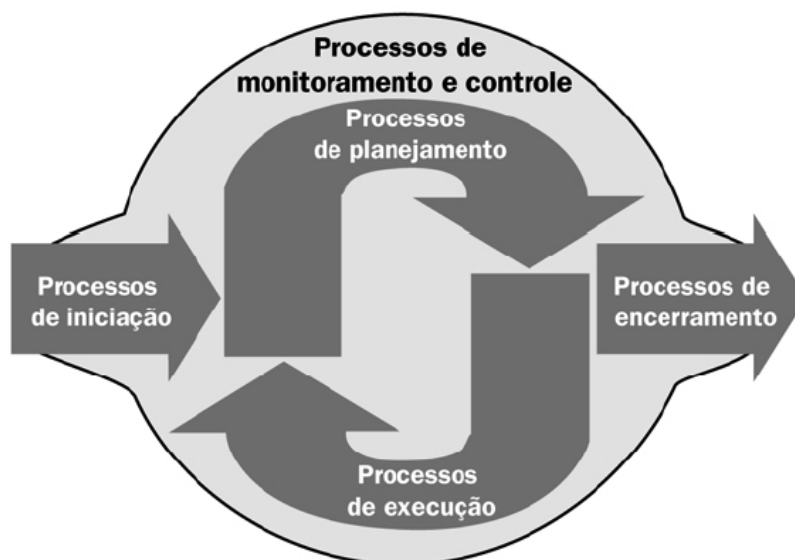
Um dos conceitos mais notórios, no que tange a qualidade dos processos de projetos é o Ciclo PDCA, que merece uma seção de destaque no PMBOK, bibliografia que introduzimos no capítulo anterior. Definido por SHEWHART e modificado por Deming, no ASQ Handbook – American Society for Quality, esse ciclo tem se tornado a base para elaboração de qualquer planejamento estratégico, nas mais diversas áreas do gerenciamento (PMBOK, 2008).



Fonte: VEIGA, 2009.

Com a ilustração gráfica das etapas, fica fácil perceber que o ciclo da qualidade (do-check-action-plan / executar-avaliar-ação corretiva-planejar) nunca termina, sendo fundamental recorrer à avaliação do executado para promover ações corretivas e planejar novas ações / modificações na situação gerada ou existente. Entretanto, *“a natureza integradora dos grupos de processos é mais complexa que o ciclo PDCA básico. No entanto, o ciclo aprimorado pode ser aplicado aos inter-relacionamentos dentro dos grupos de processos e entre eles.”*

(PMBOK, 2008, p.40) Esta organização do Ciclo PDCA, baseado nos processos, encontra-se representada na figura a seguir:



Fonte: PMBOK, 2008.

O que fica claro com esta sequência de processos é que existe uma natureza integradora entre as etapas, que se refere aos processos de monitoramento e controle, que precisam permear todas as etapas. Por fim, o gerenciamento de um projeto, em especial na área da saúde, é um esforço infinito que precisa sempre retornar a uma avaliação do que já foi feito, antes de prosseguir.

Estrutura do Plano de Ação (EPA)

Seminário Interno de Nivelamento da Equipe Safira

Realizar um Seminário Interno com os integrantes da Equipe, objetivando nivelar todos os conhecimentos e informações retidas nos diversos atores da equipe:

- Médico: Informações sobre a hipertensão, dislipidemia, aterosclerose, bem como suas correlações com outros fatores de risco, modos de tratamento (medicamentosos e comportamentais), etc.
- Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem: Informações sobre a hipertensão, dislipidemia, aterosclerose, bem como suas correlações com outros fatores de risco. Informação sobre a triagem, dados básicos do paciente, bem como outras informações pertinentes.
- ACS (Agente Comunitário de Saúde): Informações sobre o desenvolvimento do Diagnóstico Situacional de Saúde, bem como outras informações pertinentes que não foram acrescentadas no relatório final e que podem ser pertinentes nas metas do projeto.

Cartilha e Palestra para Tratamento da Hipertensão e Dislipidemia

Um material gráfico, bem como palestras e reuniões, serão realizadas além dos Grupos de Hipertensão, visando atingir aqueles usuários portadores também de dislipidemia. Tendo em vista o forte papel da carga genética nos altos níveis de colesterol do grupo de amostragem, entendemos que o processo educacional é a chave para o controle destas duas doenças. Controlando a hipertensão e a dislipidemia reduziremos, por consequência, a aterosclerose resultante. Como grande parte dos pacientes não teriam condições de reduzir seus níveis lipídicos a taxas normais sem o auxílio de medicamentos, mostrar a gravidade do descontrole das doenças, bem como instruí-los adequadamente quanto aos processos corretos de tratá-las, significará ganhos na prevenção e na qualidade de vida da população.

Oficinas de Culinária

Contando com a participação do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em parceria com os profissionais de nutrição, desenvolvemos oficinas especialmente para os usuários hipertensos e dislipidêmicos, objetivando o aprendizado de uma correta alimentação, bem como de receitas com redução de

sal e gordura saturadas. Com diversão e em equipe, fica bem mais fácil absorver práticas diárias simples que terão papel auxiliar fundamental no controle das referidas doenças.

Eventos de Estímulo à Prática de Exercícios

Do saleiro e da frigideira à academia e pistas de corrida, a intenção é dar opções, seja em casa, seja na Academia da Cidade da Prefeitura, de exercícios físicos que possam ser incorporados no dia a dia dos pacientes, uma vez que as pesquisas revelam que a redução de peso e prática de exercícios aeróbicos reduzem tanto a hipertensão, quanto a dislipidemia.

Premiação dos Pacientes Aplicados

Como forma de estímulo ao tratamento, os pacientes que participarem das atividades e conseguirem controlar a pressão e o colesterol, dentro do tempo e metas programadas, receberão um certificado de estímulo e, caso haja patrocínio, um prêmio simbólico. Não somente as crianças, mas também os adultos precisam de formas de materialização dos seus esforços. Sendo as doenças do sistema circulatório quase sempre assintomáticas nas fases iniciais, precisamos “fazer barulho” por elas, para que um dia elas não façam “barulho” na saúde dos usuários, com seus sintomas.

CHECAR

Mapeamento dos Pacientes Hipertensos e Dislipidemicos

Realizar um mapeamento completo dos usuários hipertensos e dislipidêmicos, com vistas ao cruzamento de dados relativos a estas doenças, causas das doenças, estágios das mesmas e outros fatores não levantados até o momento. Identificando o perfil detalhado dos pacientes, na próxima “rodada” do ciclo PDCA, as ações poderão ser mais assertivas e focadas na demanda exata pontuadas pelos usuários do sistema de saúde. Este mapeamento se dará por meio de questionários, prontuários e entrevistas. Assim, teremos dados comparativos antes do programa executado e depois das ações supracitadas

implementadas. Após avaliação dos resultados e eficácia do Plano de Ação, partiremos para as mudanças.

AGIR

Executar as correções necessárias no Plano de Ação, bem como acrescentar novas idéias desenvolvidas ao longo das atividades.

PLANEJAR

Com base no projeto, nas avaliações, nas ações corretivas, retornar à mesa e replanejar os trabalhos de acordo com os resultados. O Ciclo PDCA, como bem alerta o PMBOK, é uma ação infinita... nunca termina.

Acreditamos que o Plano de Ação por nós proposto tem plenas condições de reduzir drasticamente a aterosclerose nos pacientes desta amostragem, quando a doença é causada pela hipertensão ou dislipidemia, que são doenças perfeitamente controláveis, ainda que não curáveis. Na produção do documentarista americano Michael Moore, intitulado no Brasil “\$O\$ Saúde”, uma revisão da medicina social é apresentada com humor e, ao mesmo tempo e sem nenhum paradoxo, com grave seriedade. Neste filme, que sugerimos como essencial para os profissionais da área da saúde fica explícita a importância, nos países desenvolvidos, da atenção primária à saúde. O mesmo percebemos nos países em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, as metas estatísticas não se aplicam somente aos pacientes, mas também aos seus médicos. Assim, o médico é premiado, monetariamente e de outras formas, como a satisfação pessoal, pela melhora dos seus pacientes. Quanto a estes, o prêmio é ainda maior: bem estar, saúde e, em última instância, a vida per si... preservada ou prolongada.

CONCLUSÃO

No Brasil, onde as condições de trabalho, a ganância e o preconceito têm afastado muitos profissionais dos postos públicos de saúde, a estratégia da saúde da família é valorizada em todos os aspectos. É, de fato, um pilar da prevenção e promoção da saúde. Os recursos investidos em prevenção geram uma economia de várias vezes no que é gasto ao remediarmos as conseqüências do descaso e da negligência, seja por parte do governo, por parte dos profissionais ou por parte até mesmo dos próprios enfermos. Eubie Blake, célebre compositor jazzista americano, afirmou que se soubesse que viveria tanto, teria cuidado mais de si mesmo. Que possamos um dia fazer esta primeira afirmação – que temos vivido muito – prescindindo, porém, da segunda, cuidando melhor de nós mesmos e dos outros aqui e agora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAUNWALD, Eugene; ZIPES, Douglas P; LIBBY, Peter; BONOW, Robert O. **Braunwald - Tratado de Doenças Cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006

LIBBY, P; AIKAWA, M; SCHÖNBECK, U. **Biochim Biophys Acta**. 1529(1-3):299-309, 2000

CARDOSO, Francisco; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André dos. **Módulo 3: Planejamento e Avaliações das Ações de Saúde**. Belo Horizonte: Especialização NESCON/Ed. UFMG, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy Silveira. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GROOPMAN, Jerome. **Como os médicos pensam**. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

IPMA – International Project Management Association. Disponível em: <www.ipma.ch> Acessado em: Junho/2010

KANNEL, W.B.; CASTELLI, W.P.; GORDON T. **Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease: new perspectives based on the Framingham Study**. EUA: Ann Int Med, 1979.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N., PETO R., COLLINS, R. **Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies**. Lancet: 2002.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br> Acessado em: Março/2010.

NCEP Expert Panel. **Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP)** - Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult. EUA: JAMA, 2001.

PMI. **PMBOK - Um guia do Conjunto de Conhecimentos em Gerenciamento de Projetos**. Atlanta: Project Management Institute, 2008.

PMI – Project Management Institute. Disponível em: <www.pmi.org.br>
Acessado em: Junho/2010.

PORTAL DO CORAÇÃO. Disponível em: <www.portaldocoracao.com.br>
Acessado em Junho/2010.

PORTER, Roy (Org). **Cambridge – História Ilustrada da Medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 3, June 2000 .

SANTOS FILHO, L. **História da Medicina no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1947.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/MS. **Evolução da Mortalidade no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose** Departamento de Aterosclerose. 2007

_____. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2006

TRATADO DE CARDIOLOGIA DA SOCESP. Barueri: Editora Manole, 2005.