

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

ARIETY FELIPE ENRIQUEZ

**REDUÇÃO DE DISLIPIDEMIAS EM PACIENTES HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS NA ÁREA DE SAÚDE DR. HENRIQUE FURTADO
PORTUGAL DO MUNICÍPIO RIO PRETO, MG.**

Juiz De Fora / Minas Gerais

2015

ARIETY FELIPE ENRIQUEZ

**REDUÇÃO DE DISLIPIDEMIAS EM PACIENTES HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS NA AREA DE SAUDE DR. HENRIQUE FURTADO
PORTUGAL DO MUNICIPIO RIO PRETO, 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 / Minas Gerais

2015

ARIETY FELIPE ENRIQUEZ

**REDUÇÃO DE DISLIPIDEMIAS EM PACIENTES HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS NA AREA DE SAUDE DR. HENRIQUE FURTADO
PORTUGAL DO MUNICIPIO RIO PRETO, MG.**

Banca examinadora

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

Examinador 2: Profa. Flavia Casasanta Marini (Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

RESUMO

As doenças crônicas constituem hoje um problema de saúde importante no Brasil e no mundo. Pela sua alta incidência é necessário o controle dos fatores de risco relacionados com este tipo de doença. A dislipidemia é um exemplo desses fatores. Em muitas ocasiões a prevalência das dislipidemias está altamente relacionada com a falta de informação por parte dos pacientes. Por considerar a dislipidemia um fator modificável, que aumenta o risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos, e tendo em conta a relação com hábitos e estilos de vida inadequados, este estudo tem como objetivo propor um plano de ação permanente para reduzir os níveis lipídicos em pacientes hipertensos e diabéticos na área de abrangência da Equipe da Saúde da Família Dr. Henrique Furtado Portugal, município Rio Preto- MG. O plano de ação visa o aperfeiçoamento da equipe de saúde para a abordagem das dislipidemias e o aumento do nível de informação e da promoção da mudança de hábitos dos pacientes. A metodologia esta baseada no método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Palavras-chave: Dislipidemias. Promoção. Mudança de Hábitos. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Chronic diseases today are a major health problem in Brazil and worldwide. Due to its high incidence it is necessary to control the risk factors related to this type of disease. Dyslipidemia is an example of these factors. On many occasions the prevalence of dyslipidemia is highly correlated with the lack of information on the part of patients. Considering dyslipidemia a modifiable factor that increases cardiovascular risk in hypertensive and diabetic, and taking into account the relationship with habits and lifestyles inadequate, this study aims to propose a permanent action plan to reduce lipid levels in patients hypertension and diabetes in the Team catchment area of Health Dr. Henrique Furtado Portugal, municipality Rio Preto-MG. The action plan aims at improving the health team to the approach of dyslipidemia and increasing the level of information and the promotion of changing habits of patients. The methodology is based on planning method called Situational Strategic Planning (PES).

Keywords: Dyslipidemia. Promotion. Habits Change. Systemic Arterial Hypertension.

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	18
6.1 Identificação dos problemas.....	18
6.2 Priorização dos problemas.....	19
6.3 Descrição do problema.....	20
6.4 Seleção dos “nós críticos”.....	20
6.5 Proposta das ações, desenho das operações e elaboração do plano...22	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERENCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O município de Rio Preto está situado na Zona da Mata Mineira, num território de 347 Km² e possui uma população de 5.315 habitantes. O município faz divisa com Lima Duarte, Santa Rita de Jacutinga, Santa Bárbara do Monte Verde, Olaria e Valença-RJ.

Em Rio Preto atualmente existem duas Equipes 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. O Programa conta com 12 Agentes Comunitários de Saúde (IBGE, 2011). O município conta também com 02 Equipes de Saúde Bucal, um Centro de Fisioterapia e uma Farmácia de Minas.

No ESF são desenvolvidos Programas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, de atenção aos portadores de Diabetes e Hipertensos e Saúde do Idoso. A equipe do ESF conta com apoio de vários profissionais da saúde, de várias especialidades e também com o apoio de profissionais ligados à Secretaria Municipal de Educação, e com o Centro de Referência de Assistência Social. Na Assistência Farmacêutica, existe uma Farmácia de Minas, inaugurada em outubro de 2011. Além das atividades mencionadas a agenda da unidade inclui a programação das atividades educativas semanais, orientadas aos grupos organizados pela equipe e à população em geral, para a promoção e prevenção de saúde na comunidade.

As reuniões com a equipe de saúde, com a população e a observação ativa foram necessárias para a confecção do diagnóstico situacional da área do ESF Dr. Henrique Furtado Portugal. Os problemas levantados nesse diagnóstico foram os 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. Desses, o selecionado como primeiro em ordem de prioridade foi os altos níveis de dislipidemia em pacientes diabéticos e hipertensos.

Segundo os dados do cadastro da ESF Dr. Henrique Furtado Portugal e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2014, existem aproximadamente 457 hipertensos e 73 diabéticos que foram verificados com

altos níveis séricos de lipídeos em consulta clínica, em resultados de exames laboratoriais e análises dos prontuários.

Por ser a Dislipidemia um fator modificável e que aumenta o risco de complicações em hipertensos e diabéticos, e por ser a atenção básica o ambiente apropriado para se controlar e prevenir estes problemas de saúde, o presente estudo propôs um plano de ação permanente para a redução das dislipidemias em pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência do ESF Dr. Henrique Furtado Portugal.

2 JUSTIFICATIVA

A doença aterosclerótica é a principal causa de mortalidade no Brasil. Essa doença é multifatorial e a sua prevenção passa pela identificação e controle, não só das dislipidemias, mas do conjunto dos fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001).

A terapia nutricional é conduta terapêutica a ser adotada na prevenção e/ou tratamento das dislipidemias. Para alcançar esse objetivo, os pacientes devem ser informados sobre a importância da adesão da dieta, a necessidade na mudança de estilo de vida e, principalmente, como proceder diante dessas situações, utilizando técnicas adequadas de mudança de comportamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001).

Segundo os dados obtidos nos registros do ESF e SIAB em 2014, 58% dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos no PSF apresentam dislipidemia, o que aumenta o risco de aterosclerose e complicações de suas doenças. Isto associado aos maus hábitos de vida da população da área de abrangência como alimentação inadequada, consumo excessivo de sal, gorduras e açúcar, sedentarismo, tabagismo, obesidade e consumo excessivo de álcool, torna ainda mais necessário o desenvolvimento de ações preventivas. A proposta é viável e existem recursos para desenvolver o projeto proposto.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação educativo para reduzir os pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias na área da ESF Dr. Henrique Furtado Portugal, do município Rio Preto – MG

3.2 Objetivos Específicos

- Organizar e aperfeiçoar a equipe de saúde para o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias;
- Conscientizar os pacientes hipertensos e diabéticos sobre riscos, prevenção e tratamento das dislipidemias;
- Propor programa de incentivo a prática de atividade física em pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho tem como base uma revisão narrativa da literatura realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicas e bibliotecas virtuais tais como o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). A busca compreendeu publicações entre os anos de 2000 a 2014 considerando estudos em português. Foram ainda coletados os registros feitos pela equipe e a pesquisa na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no ano de 2014. A busca foi realizada por meio das palavras-chave dislipidemias, promoção, mudança de hábitos, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, sendo que esses estudos foram utilizados para a discussão deste trabalho.

As informações obtidas para a elaboração do diagnóstico situacional foram realizadas pela estimativa rápida, um método embasado na revisão de registros escritos existentes (prontuários), entrevistas com informantes-chaves (representantes da comunidade) e observação ativa da área (CORREA *et al*, 2013).

Após a revisão da literatura e diagnóstico situacional foi elaborado um plano de intervenção para impactar os principais fatores que influenciam na dislipidemia em hipertensos e diabéticos da área. O método utilizado no plano de ação foi preconizado pelo planejamento estratégico situacional (PES) simplificado de acordo com Campos, Farias e Santos (2013).

5 REVISAO DE LITERATURA

Ao longo dos últimos séculos, a revolução tecnológica e industrial, com consequências econômicas e sociais, resultou em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devidas as doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas as doenças cardiovasculares. As doenças crônicas não transmissíveis produzem elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e pessoas portadoras dessas doenças. As taxas de mortalidade por doença cardiovascular no Brasil tendem a crescer nos próximos anos, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e pela ausência de atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2008).

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 prioridades no tratamento e prevenção (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/MS, 2004).

A dislipidemia é um distúrbio metabólico caracterizado por concentrações anormais de lipídios ou lipoproteínas no sangue, sendo determinada por fatores genéticos e ambientais (TALMUD, 2000).

Diversos fatores estão diretamente relacionados à elevada incidência de eventos cardiovasculares, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, estresse, sexo, idade, história familiar precoce de aterosclerose e a dislipidemia, que vem surgindo como um dos mais importantes (BRANDAO *et al.*, 2011).

O colesterol, os fosfolipídios, os triglicerídeos e os ácidos graxos são os lipídeos biologicamente mais importantes. O colesterol é uma substância importante para o organismo, no entanto, quando ocorre o seu excesso no sangue, este se torna um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose (MOTTA, 2003).

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% dos acidentes vasculares encefálicos, chegando a 4,4 milhões de mortes por ano. A aterosclerose está claramente relacionada a elevação do colesterol sendo, portanto, fundamental o controle rigoroso dos níveis lipídicos (SOCESP, 2005). A produção desregulada de colesterol no organismo dos seres humanos pode acarretar sérios problemas como de obstrução das paredes do vaso sanguíneo, denominado aterosclerose que está ligada ao aumento do colesterol no sangue (LEHNINGER, 2006).

5.1 Classificação das dislipidemias

Segundo as III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias (2011) as dislipidemias possuem uma classificação laboratorial e uma classificação etiológica. Na classificação laboratorial se tem a hipercolesterolemia isolada que está relacionada ao aumento do colesterol total (CT e/ou LDL); a hipertriglicemia isolada relacionada ao aumento dos triglicérides (TG); a hiperlipidemia mista relacionada ao aumento do CT e dos TG. Na classificação etiológica encontram-se as dislipidemias primárias, de origem genética e as dislipidemias secundárias, causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes mellitus (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides, anabolizantes.

O excesso de peso principalmente acúmulo de gordura na região abdominal, está associado a um maior risco de doença aterosclerótica. A medida da circunferência da cintura permite identificar portadores de obesidade androgênica. O risco aumenta com a medida de cintura maior que 88cm em mulheres e maior que 102cm nos homens. A mudança de estilos de vida que levem à perda de peso, tais como exercício, dieta e, em casos específicos, farmacoterapia é de extrema importância (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001).

Pitanga (2001) em seu trabalho afirmou que a prática de atividades físicas é importante porque influencia nos valores mais favoráveis das

lipoproteínas plasmáticas e para a prevenção de doenças cardiovasculares, dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2.

Em seu trabalho, Silva e Lima (2002) afirmam que o exercício físico é importante pelo menos quatro vezes na semana, com seções de uma hora para os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Com isso os triglicerídeos diminuem, o HDL aumenta, a frequência cardíaca de repouso diminui e a glicemia de jejum e a hemoglobina glicosilada podem melhorar também.

Os níveis de lipídios na corrente sanguínea estão associados ao hábito de praticar exercícios, de ingerir bebidas alcoólicas, carboidratos e gorduras. Além disso, o índice de massa corpórea e idade influenciam as taxas de gordura sérica. A atividade física aeróbica regular, como corrida e caminhada, constitui medida auxiliar para o controle da dislipidemia (BRASIL, 2001).

A dislipidemia está relacionada pelo meio em que o indivíduo vive e pelos fatores genéticos. Lipoproteínas são estruturas macromoleculares que facilitam o metabolismo lipídico e o transporte de lipídeos na circulação. As lipoproteínas são classificadas da seguinte maneira: lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL), lipoproteína de densidade intermediária (IDL), lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL), e quilomicrons (HARIS, 2007).

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 somente os diabéticos, mas também os hipertensos, sedentários, obesos, os fumantes e indivíduos que tem histórico familiar desta doença.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2006 os pacientes com aterosclerose e Diabetes Mellitus tipo 2 estão sujeitos de duas a quatro vezes mais risco para doenças cardiovasculares (DCV) quando comparados a pacientes não diabéticos. Os indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus apresentaram maior prevalência de dislipidemias (SOUZA, 2003).

Segundo IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007) para tratar da hipertrigliceridemia secundária nos diabéticos, a dieta deve ser hipocalórica, o consumo de bebida alcoólica deve

ter restrição total e o consumo de carboidratos e gordura deverá sofrer adequação.

De acordo com o *U.S. Preventive Task Force* (2009) é recomendado o rastreamento para dislipidemias a partir dos 35 anos de idade para homens e 45 anos de idade para mulheres.

A maioria dos pacientes com dislipidemias não apresentam sinais ou sintomas diretamente relacionados às alterações nos níveis dos lipídeos. Deste modo, seu diagnóstico quase que exclusivamente se dá por meio da determinação do perfil lipídico. A avaliação do perfil lipídico é realizada através das determinações bioquímicas do CT, TG, HDL-C e LDL-C (DINIZ *et al.*, 2008).

Para a determinação do perfil lipídico recomenda-se, coleta após jejum de 12 a 14 horas. O indivíduo deve manter a alimentação habitual, estado metabólico e peso estáveis por pelo menos duas semanas antes da realização do exame. Adicionalmente, deve se evitar a ingestão de álcool e a prática de exercício físico nas 72 e 24 horas que antecedem a coleta de sangue, respectivamente (DE FRANCA, 2006).

Frequentemente os indivíduos apresentam uma associação de diversos fatores de risco cardiovascular, constituindo a chamada síndrome metabólica, caracterizada pela presença de três das seguintes alterações: obesidade central ou abdominal, intolerância a glicose, PA de 130 por 85 mmHg, elevação dos triglicérides ou baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL-c). Esta síndrome tem prevalência relativamente alta na população adulta e mortalidade significativamente mais elevada quando comparada aos fatores de risco cardiovasculares isoladamente (LOPES, 2003).

Segundo o Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia em 2001, os medicamentos possuem diferentes mecanismos de ação. 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 *et al.*, 2008).

A abordagem terapêutica dos doentes com dislipidemia é um problema multifatorial, envolvendo a responsabilidade conjunta dos profissionais de saúde, dos doentes e do sistema de saúde (FOLEY *et al.*, 2003). O tratamento das dislipidemias pode ser influenciado negativamente por diversos fatores,

como a falha na detecção precoce (rastreamento) e no follow-up do doente, defeitos no conhecimento e compreensão das normas de orientação clínica e da literatura existente, falta de conhecimento das necessidades dos doentes, reduzida formação prática em intervenções para a modificação dos comportamentos dos doentes, falta de tempo para promover a adesão à medicação e para modificar os estilos de vida dos doentes (COOK *et al.*, 2006).

É importante registrar que a adoção da Estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis exige (BRASIL, 2008).

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares são altamente prevalentes e passíveis de controle. A dislipidemia, hipertensão, o tabagismo, o Diabetes Mellitus e a obesidade são fatores 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. (DIRETRIZES SBD, 2006).

As atividades de educação em saúde e as práticas educativas constituem importante instrumento para a promoção e a autonomia dos usuários dos serviços e o cuidado à saúde. Realizadas de forma individual ou em grupo por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, agentes de saúde) e atores da comunidade são importantes para o controle desses agravos na população (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Para Vasconcelos *et al.* (2009) é necessário adicionar conhecimentos para dar respostas concretas e eficazes aos problemas complicados que envolvem a panorâmica de viver com qualidade, incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais. Os mesmos devem atuar com responsabilidade, compartilhando os seus saberes para poderem desenvolver suas habilidades educativas. Dessa forma, é possível uma equipe de saúde questionar ou autoavaliar um problema, colocar em prática as técnicas educativas, encontrando opções para transfigurar o processo de trabalho e almejar um resultado efetivo.

Na área de abrangência do ESF Dr. Henrique Furtado Portugal existe uma alta porcentagem de pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias.

Sabendo-se da importância do exercício físico e da modificação de hábitos e estilos de vida para a promoção, prevenção e controle dessa entidade, acredita-se que, a elaboração de um programa multidisciplinar e intersetorial de atividades físicas e educação continuada possam vir a contribuir para um melhor controle e redução das dislipidemias e uma melhor qualidade de vida dos pacientes na área de saúde da ESF Dr. Henrique Furtado Portugal.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção é uma proposta de ação realizada pelo profissional para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção básica (CECILIO, 1997). Para fundamentar a elaboração do projeto de intervenção foi aplicado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

6.1 Identificação dos problemas

Na área de abrangência correspondente a ESF Dr. Henrique Furtado Portugal, após a realização do diagnóstico situacional de saúde percebeu-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde que mais afetam a população. Entre os problemas identificados e considerados “nos críticos” pela equipe destacou-se:

- Alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias;
- Uso abusivo de substâncias psicoativas;
- Altos níveis de dislipidemias em pacientes diabéticos e hipertensos;
- Altos índices de tabagismo e alcoolismo.

6.2 Priorização dos problemas

Atribuindo valores de baixa, media e alta importância em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade da equipe para enfrentamento do problema identificado) foi feita a priorização dos problemas (Quadro1), sendo como problema prioritário neste momento os altos níveis de dislipidemia em pacientes diabéticos e hipertensos.

QUADRO 1- Priorização dos problemas identificados na área de abrangência da ESF Dr. HENRIQUE FURTADO PORTUGAL, RIO PRETO, 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: autoria própria, 2015.

6.3 Descrição e explicação do problema selecionado

Segundo dados obtidos em consultas clínicas, a partir de exames laboratoriais, análises de prontuários e cadastros realizados, a dislipidemia afeta 58% dos 457 pacientes hipertensos e 73 diabéticos cadastrados e acompanhados no PSF Dr. Henrique Furtado Portugal. O que aumenta o risco de ateroscleroses e complicações cardiovasculares, colocando-os entre as nossas prioridades no tratamento e prevenção.

6.4 Seleções dos “nós críticos”

Identificamos como as gêneses do problema:

6.4.1 Causas relacionadas aos fatores estruturais

- Falta de preparação dos profissionais quanto à melhor forma de abordar os pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias.

O desenho de suas operações está exemplificado no **QUADRO 2**. Serão realizados seminários internos com os integrantes da equipe, objetivando nivelar todos os conhecimentos e informações dos atores da equipe, focados a temas relacionados com hipertensão, diabetes, medidas de promoção e prevenção, visitas domiciliares, técnicas educativas, estimulação de mudanças de hábitos de vida nos pacientes, fatores de risco. Os recursos necessários serão organizacionais para programar as frequências e horários dos seminários.

6.4.2 Causas relacionadas com os pacientes

- Pouca percepção por parte dos pacientes dos riscos e complicações das dislipidemias, assim como desconhecimento das medidas para o controle e prevenção.

Serão organizadas atividades educativas programadas pela equipe, incluindo palestras, grupos operativos com hipertensos e diabéticos, distribuição de folhetos, com a finalidade de aumentar os conhecimentos dos pacientes dos riscos das dislipidemias e orientar acerca de hábitos e estilos de vida. Desenho das operações exemplificado no **QUADRO 3**.

6.4.3 Causas relacionadas ao processo de trabalho

- Falta de organização na agenda de trabalho da equipe para a realização de atividades de impacto social que gerem mudanças de estilos de vida na população da área.

Será planejado programa de caminhadas por parte da equipe de saúde com pacientes hipertensos e diabéticos da área com o fim de incentivar a

prática de atividades físicas. Desenhos das operações exemplificado no **QUADRO 4.**

6.5 Propostas das ações, desenho das operações e elaboração do plano de ação.

QUADRO 2. Desenho das operações para o nó crítico: Falta de preparação dos profissionais quanto à melhor forma de abordar os pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias. Projeto Redução de Dislipidemia em pacientes hipertensos e diabéticos na aera de saúde Dr. Henrique Furtado Portugal do município Rio Preto. MG.

Nó crítico 1	Falta de preparação dos profissionais quanto à melhor forma de abordar os pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias
Operação	Organizar e aperfeiçoar a equipe de saúde para o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias
Projeto	Aprendendo e ensinando
Resultados esperados	Ampliar o nível de conhecimentos e informações dos atores da equipe. Hipertensos e diabéticos acompanhados satisfatoriamente. Equipe melhor preparado para abordagem de pacientes com dislipidemia. Atendimento a pacientes com dislipidemias focando a prevenção.
Produtos esperados	Realização de seminários internos com os integrantes da equipe. Programação semanal das atividades educativas. Organização da agenda de trabalho, estabelecendo espaços e horários com frequência semanal para atividades de promoção e prevenção.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde
Recursos necessários	Cognoscitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: organização da agenda.
Recursos críticos	Organizacional.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	1 mês para o inicio das atividades

Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe de saúde nas atividades coletivas Frequência semanal
---	--

Fonte: autoria própria, 2015.

QUADRO 3. Desenho das operações para o nó crítico: Pouca percepção por parte dos pacientes dos riscos e complicações das dislipidemias, assim como desconhecimento das medidas para o controle e prevenção. Projeto Redução de Dislipidemia em pacientes hipertensos e diabéticos na aera de saúde Dr. Henrique Furtado Portugal do município Rio Preto. MG.

Nó crítico 2	Pouca percepção por parte dos pacientes dos riscos e complicações das dislipidemias, assim como desconhecimento das medidas para o controle e prevenção.
Operação	Conscientizar os pacientes hipertensos e diabéticos sobre riscos, prevenção e tratamento das dislipidemias.
Projeto	Educar para transformar
Resultados esperados	Aumentar os conhecimentos dos pacientes dos riscos das dislipidemias e orientar acerca de hábitos e estilos de vida. População de hipertensos e diabéticos melhor informados e conscientes quanto aos riscos para a saúde.
Produtos esperados	Realização de atividades educativas programadas pela equipe Organização de Palestras Criação de grupos operativos com hipertensos e diabéticos Distribuição de folhetos
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde. Comunidade.
Recursos necessários	Cognitivos. Organizacional. Financeiro.
Recursos críticos	Financeiro.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Equipe de saúde
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Equipe de saúde
Cronograma / Prazo	2 meses para o inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação de 3 em 3 meses.

Fonte: autoria própria, 2015.

QUADRO 4. Desenho das operações para o nó crítico: Falta de organização na agenda de trabalho da equipe para a realização de atividades de impacto social que gerem mudanças de estilos de vida na população da área. Projeto Redução de Dislipidemia em pacientes hipertensos e diabéticos na aera de saúde Dr. Henrique Furtado Portugal do município Rio Preto. MG.

Nó crítico 3	Falta de organização na agenda de trabalho da equipe para a realização de atividades de impacto social que gerem mudanças de estilos de vida na população da área
Operação	Propor programa de incentivo a pratica de atividade física em pacientes hipertensos e diabéticos com dislipidemias
Projeto	Mais saúde
Resultados esperados	Incentivar a prática de atividade física em hipertensos e diabéticos Diminuir as dislipidemias em hipertensos e diabéticos.
Produtos esperados	Planejar programa de caminhadas por parte da equipe de saúde com pacientes hipertensos e diabéticos da área 3 vezes por semana, com participação do medico 1 vez por semana.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde e comunidade
Recursos necessários	Organizacional.
Recursos críticos	Organizacional.
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	Semanalmente.

Fonte: autoria própria, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover saúde significa proporcionar aos indivíduos as ferramentas necessárias para a melhora e controle de sua saúde. O maior desafio para os profissionais de saúde da atenção primária está em ensinar e educar as pessoas para que as mudanças de comportamento aconteçam e se mantenham ao longo da vida.

Na elaboração do plano de intervenção para a redução de dislipidemias em hipertensos e diabéticos na área de saúde da ESF Dr. Henrique Furtado Portugal, a equipe espera obter um resultado relevante mediante o aumento do grau de conhecimento e autocuidado dos pacientes, melhora da estrutura de trabalho da equipe na promoção de mudanças de hábitos da população e através de ações de impacto social. As mudanças no sentido de ter, manter e reivindicar por saúde ocorre quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam.

Acredita-se que a equipe é capaz de colocar em prática o plano de ação proposto, educando a população e modificando o processo de trabalho com a finalidade de alcançar um resultado efetivo. E que a elaboração de um programa multidisciplinar de educação continuada possa contribuir para um melhor controle e redução das dislipidemias e uma melhor qualidade de vida.

REFERENCIAS

BRANDÃO M.P, PIMENTEL F.L, CARDOSO M.F. Impacto f academic exposure on health status of university students. **Rev Saude Publica** 2011; 45(1): 49-58.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22-09-2015

BRASIL. **Departamento de Informática do SUS**. Portal da Saúde. 2014. Disponível em: <www.datasus.gov.br/SIAB>. Acesso em: 22-09-2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem: (Princípios e diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf. acesso em:06-02-2016.

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.

CECILIO, L.C.O. Uma sistematizacao e discucão de tecnologia leve planejamento estrategico aplicada ao setor governamental. In: MERHY,E. E. ; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saude: Um desafio para o publico**. São paulo: Hucitec, 1997.p. 151-167.

COOK, S. *et al.* Providers' Assessment of Barriers to Effective Management of Hypertension and hyperlipidemia in Community Health Centers. **Journal of Health Care for the Poor an Underserved**. 2006; 17:70-85. Disponível em: URL: http://www.bupedu.com/lms/admin/ uploded_article/eA.896.pdf [acedido em 21/09/2015]

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

DE FRANCA E, Alvez JGB. **Dislipidemia entre crianças e adolescentes de Pernambuco**. **Arq Bras Cardiol** 2006; 87(6): 722-727.

DINIZ ET, DE ANDRADE LD, BANDEIRA F. Como diagnosticar e tratar a dislipidemia. **Rev Bras Med** 2008 dez.; 65(12): 38-48

DIRETRIZES SBD, Diabetes mellitus Tratamento e acompanhamento das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 153 p., 2006.

FOLEY, K, *et al.* Development and Validation of Hyperlipidemia: Attitudes and Beliefs in Treatment (HABIT) Survey for Physicians. **J Gen Intern Med**

2003;18:984-990. Disponível em: URL:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494952/pdf/jgi_30114.pdf [acedido em 21/01/2016]

HARRIS, R.H. Metabolismo de Lipídeos: Vias do metabolismo de lipídeos especiais. In: DEVLIN, T.M.; MICHELACCI, Y.M. **Manual de Bioquímica com Correlações Clínicas**. São Paulo: Editora Blücher, 2007. P. 683-724.

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

LOPES, H.F. Hipertensão Arterial e Síndrome Metabólica: Além da Associação. **Rev Soc Cardiol**. v.1, p. 64-77, 2003.

MOTTA VT. **Bioquímica clínica para o laboratório: princípios e interpretações**. 4. ed. Porto Alegre: Médica Missau 2003. 135-158.

PITANGA F.J.G. Atividade física e lipoproteínas plasmáticas em adultos de ambos os sexos. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**. Brasília. V. 9 n. 4, p. 25-31, outubro 2001.

SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAUDE/MS. **Evolução da Mortalidade no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

SILVA, C.A. e LIMA, W.C. Efeito Benéfico do Exercício Físico no Controle Metabólico do Diabetes Mellitus Tipo 2 à Curto Prazo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. V. 46, n. 5 Outubro 2002

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Prevenção da aterosclerose – dislipidemia. Brasília: SBC, 2001. 18 p.

SOUZA, L.J. Prevalência de Diabetes Mellitus e Fatores de Risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. V. 47 n. 1 Fevereiro 2003

TALMUD, P.J; WATERWORTH, D.M. In-vivo and in-vitro nutrient-gene interactions. *Curr Opin Lipidol*. 2000;11:31-6.

TRATADO DE CARDIOLOGIA DA SOCESP. 1ª Ed. São Paulo. Barueri: Editora Manuel, 2005

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for lipid disorders in adults [Internet]. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**; 2009.

VASCONCELOS, M. *et al.* **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: UFMG, m. 4, 2009.

III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS E DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. Departamento de Aterosclerose da

Sociedade Brasileira de Cardiologia. : 23 de agosto de 2001. volume 77, (suplemento III), 2001

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.