

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

FABIANO DE MELO PEIXOTO

REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DO
ESTÍMULO AO AUTOCUIDADO

Araguari / Minas Gerais

2015

FABIANO DE MELO PEIXOTO

**REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DO
ESTÍMULO AO AUTOUIDADO**

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. Natália Madureira Ferreira

Araguari / Minas Gerais

2015

FABIANO DE MELO PEIXOTO

**REDUÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DO
ESTÍMULO AO AUTOCUIDADO**

Banca Examinadora

Prof.

Prof. Ms. Nathália Silva Gomes

Aprovado em Ipatinga, ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que me ajudaram a concluí-lo e fizeram possível a sua realização.

Dedico também a todos que podem ver neste trabalho como fonte de inspiração e conhecimento.

*"A missão suprema do homem é saber o que se precisa para ser homem."
(Kant)*

AGRADECIMENTOS

A uma força superior, pouca compreendida pelo homem, mas de ajuda inestimável para a nossa sociedade.

A minha mãe, minha maior professora, meu maior exemplo.

A minha esposa, que na sua simplicidade me permite redescobrir as singularidades da vida diariamente.

Aos tutores do curso pelo tempo despendido nesta árdua tarefa de orientação, os quais nos deram o fundamento necessário para o desenvolvimento das atividades no decorrer deste ano.

A toda a equipe e aos pacientes da UBSF Santa Terezinha I de Araguari, Minas Gerais, que me ensinaram a ver a atenção básica em saúde com olhos desnudos de preconceitos e muitos esperançosos acerca do futuro.

"Não cessaremos de explorar
E o fim de toda nossa exploração
Será retornar para onde começamos
E conhecer o lugar pela primeira vez"

T. S. Eliot.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são doenças com alta prevalência na população brasileira. Estas doenças constituem-se como fatores de risco para ocorrência de eventos cardiovasculares agudos e complicações neurológicas, oftalmológicas e renais crônicas. Na Unidade Básica de Saúde da Família Santa Terezinha I de Araguari – Minas Gerais, o perfil epidemiológico é similar ao restante do país. Este estudo foi realizado com base no funcionamento do grupo operativo para hipertensos e diabéticos em tal unidade. Grupos operativos são uma importante ferramenta para a promoção e a educação em saúde na atenção primária, visando aumentar a taxa de adesão ao tratamento, melhorar o estilo de vida dos pacientes, corrigir fatores de risco cardiovasculares e orientar o uso correto dos medicamentos. Diante disto, este estudo propôs a elaboração de um projeto de intervenção para o funcionamento efetivo do grupo. Realizou-se pesquisa no SciELO e outras fontes, como as publicações do Ministério da Saúde, utilizando-se dos descritores: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, atenção primária à saúde, grupo operativo, autocuidado, risco cardiovascular. Foi elaborado um plano de ação utilizando-se do Planejamento Estratégico Situacional e espera-se que com a sua implementação haja um adequado funcionamento do grupo operativo, resultando num melhor controle da pressão arterial e do *diabetes mellitus*, fortalecimento do vínculo entre pacientes e equipe, mudanças na concepção do processo saúde-doença por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Atenção primária à saúde. Grupo operativo.

[F1] Comentário: Nathalia,

Procurou no DeCS este descritor, mas não encontrei. Você poderia me sugerir algum?

ABSTRACT

Hypertension and diabetes mellitus are diseases with high prevalence in Brazil. These diseases constitute risk factors for the occurrence of acute cardiovascular events and chronic complications such as neurological, ophthalmological and kidney. In the UBSF Santa Terezinha I Araguari - MG, the epidemiological profile is similar to the rest of the country. This study was conducted based on the performance of the operating group for hypertension and diabetes at this USBF. Operative groups are an important tool for the promotion and health education in primary care, to increase the rate of adherence to treatment, improve the lifestyle of patients, correct cardiovascular risk factors and guide the correct use of medicines. During this study, we observed that the operating group in question did not work in UBSF Santa Terezinha I. In view of this, this study proposed the development of an intervention project for the proper functioning of the group. We conducted research in SciELO and other sources, such as publications of the Ministry of Health, using the descriptors: hypertension, cardiovascular disease, primary health care, operative group, self-care, cardiovascular risk. An action plan using the Situational Strategic Planning and it is expected that with its implementation there is a proper functioning of the operational group was established, resulting in better control of blood pressure, strengthening the bond between patients and staff, changes in the health-disease process through the adoption of healthy lifestyle habits.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Primary health care. Operative group.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Equipe da Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organograma da explicação do problema selecionado.

25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação das prioridades dos problemas da UBSF São Santa Terezinha I de Araguari. 2014.	23
Quadro 2 Descritores do problema risco cardiovascular relacionado à hipertensão arterial e diabetes na UBSF Santa Terezinha I de Araguari. Dados referentes a 2014.	24
Quadro 3 Operações sobre o nó crítico “Hábitos de vida sedentário” relacionado ao problema “Redução do risco cardiovascular através do estímulo ao autocuidado”, na população sob responsabilidade da UBSF Santa Terezinha I, em Araguari, Minas Gerais	26
Quadro 4. Operações sobre o nó crítico “Má adesão da população ao tratamento proposto.” relacionado ao problema “Redução do risco cardiovascular através do estímulo ao autocuidado”, na população sob responsabilidade da UBSF Santa Terezinha I, em Araguari, Minas Gerais	27
Quadro 5. Operações sobre o nó crítico “Mal funcionamento do grupo HiperDia.” relacionado ao problema “Redução do risco cardiovascular através do estímulo ao autocuidado”, na população sob responsabilidade da UBSF Santa Terezinha I, em Araguari, Minas Gerais	28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	OBJETIVO GERAL.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	METODOLOGIA.....	21
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

O município de Araguari apresenta uma área total de 2.729,508 km² e possui aproximadamente 3.765 domicílios e famílias, com uma taxa de urbanização de 93,43% e uma porcentagem de abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública de 100% e 98%, respectivamente (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano médio do município de Araguari tem aumentado desde a década de 1970, quando era de aproximadamente 0,5, até o ano de 2000, quando já era de 0,8 aproximadamente, sendo atualmente 0,815. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Araguari em 2010 é de 0,773, considerado alto (IDHM entre 0,7 e 0,799), sendo que os indicadores que mais cresceram na última década, em termos absolutos, foi Educação, seguida por Longevidade e por Renda (IBGE, 2014).

A renda *per capita* média de Araguari cresceu 84,00% nas últimas duas décadas, passando de R\$634,63 em 2000 e R\$798,63 em 2010. A extrema pobreza em 2010 apresenta uma taxa de 0,88% (IBGE, 2014).

O percentual da população economicamente ativa, isto é, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais em 2010 é de 68,27%, com a taxa de desocupação de 5,05%. A ocupação por setor de atividades daquela população, em 2010, é que 12,95% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 13,61% na indústria de transformação, 8,61% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 15,42% no comércio e 43,26% no setor de serviços (IBGE, 2014).

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de cinco a 6 aos anos na escola cresceu 25,09%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 22,40% entre 2000 e 2010 (IBGE, 2014).

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 31,77% no período de 2000 a 2010, a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 60,20% entre 2000 e 2010. Atualmente, a taxa de analfabetismo é de 4,9% (IBGE, 2014).

Quanto ao Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Araguari, é composto por 12 equipes sendo: 11 ESF em área urbana e duas equipes em área rural dando cobertura a 43% da população, com 11.239 famílias e 41.408 pessoas cadastradas. No município o Programa Humanizado de Atendimento Domiciliar (PHAD), presta uma assistência domiciliar que abrange ações de saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, há

também equipes de Saúde Bucal, Núcleo de Atenção à Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial e Centro de Atenção ao Dependente Químico.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Terezinha I localiza-se a nordeste do município de Araguari-Minas Gerais, tendo como limite ao norte o Bairro Santiago e Ouro Verde, com a UBSF Ouro Verde I e II, ao sul encontra-se avenidas que dão acesso ao centro da cidade de Araguari, e ao leste a UBSF Independência. Pertence a esta área de abrangência apenas o bairro Santa Terezinha, com as suas respectivas áreas adstritas e subdivididas em 21 microáreas, nas quais cada agente comunitário de saúde se responsabiliza pela cobertura e pela assistência às famílias cadastradas. Na unidade funcionam duas equipes de saúde da família, a ESF Santa Terezinha I e a ESF Santa Terezinha III, responsáveis cada uma por sete microáreas. Há em outro prédio a UBSF Santa Terezinha II, a qual é responsável também por sete microáreas.

No bairro localiza-se o 11º Batalhão de Engenharia e Construção e o Sindicato Agropecuário de Araguari, os quais desenvolvem algumas atividades para a comunidade, além de contarem com uma grande área para a realização de caminhadas e outras atividades físicas. Há inúmeras academias particulares, que contam com hidroginástica, musculação, dança etc, bem como com a Academia ao Ar Livre. Existe ainda um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) próximo a UBSF Santa Terezinha I, que é responsável pela assistência das UBSF's Ouro Verde, Santa Terezinha I, II, III e Independência, e desenvolve atividades diárias com educadores físicos, além de possuir agenda orientada para atividades com idosos, como *Tai chi chuan*, alongamentos, bordados e crochê.

Há na área adscrita da UBSF Santa Terezinha I uma população com 2.225 pessoas cadastradas, composta por 735 famílias. Uma estatística de 20,81% da população possui cobertura assistencial à saúde por convênio privado (SIAB, 2014).

A área dividida por gênero possui 1.153 mulheres e 1.072 homens. Segundo a faixa etária, a população se divide como a seguir: menores que 1 ano de idade: 18, 1- 4 anos: 74, 5- 6 anos: 45, 7-9 anos: 68, 10-14 anos: 123, 15-19 anos: 160, 20-39 anos: 607, 40-49 anos: 298, 50- 59 anos: 326, acima de 60 anos: 506. As gestantes são um total de 11, 1 menor de 20 anos (BRASIL, 2014).

As morbidades da população em números estão distribuídas da seguinte forma: Alcoolismo: 34, Doença de Chagas: 11, Deficiência física: 50, Diabetes: 147, Epilepsia: 11, Hanseníase: 0, Hipertensão arterial: 490, Tuberculose: 0, Malária: 0, Acamados: 12 (SIAB, 2014).

A taxa de alfabetização da população é de 96,63%. O acesso à eletricidade é de 99,86%, já o acesso ao esgoto, abastecimento de água e coleta de lixo perfaz 100%. A maioria da população economicamente ativa trabalha no Frigorífico Mataboi S/A, entretanto, aproximadamente 28,2% da população é economicamente inativa.

A UBSF Santa Terezinha funciona de segunda a sexta, das 07:00h às 17:00h, sendo fechada nos finais de semana e feriados. Sua equipe é composta atualmente por: uma enfermeira, um médico generalista, uma auxiliar em saúde (técnica de enfermagem), seis agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de serviços gerais.

Durante o tempo em que a unidade se encontra em funcionamento, os usuários podem usufruir dos serviços disponíveis. As atividades médicas estão divididas em atendimento de demanda espontânea e consultas gerais agendadas pela manhã, nos períodos da tarde nas terças-feiras acontecem as visitas domiciliares, nas quartas-feiras intercala-se puericultura com pré-natal, isto se deve devido à baixa quantidade de crianças e gestantes na área adscrita, e nas quintas são realizadas consulta para retorno de exames.

Diante de tais dados, percebe-se o número de usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência da UBSF Santa Terezinha I é significativo (490 e 147, respectivamente, dentre 2.225 pessoas cadastradas), bem como as suas complicações que resultam em grande morbimortalidade. Como proposta de intervenção nessa condição de saúde seria interessante a abordagem dos pacientes através do grupo operativo, instrumento da prática clínica que auxilia no enfrentamento a doenças crônicas, com grande impacto populacional e que apresentam relação íntima com estilo de vida.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil temos uma alta prevalência da hipertensão arterial e de *diabetes mellitus* na população brasileira, os quais são considerados fatores de risco para as principais causas de morte no país: doenças cardiovasculares e cerebrais. Tal situação não é diferente na área adscrita da UBSF Santa Terezinha I – Araguari, Minas Gerais, entretanto, é agravada por apresentar uma prevalência superior à média nacional.

A hipertensão arterial sistêmica e o *diabetes mellitus*, como condições crônicas apresentam possibilidade de controle eficaz e prevenção de complicações. Os desafios encontrados no manejo destas condições estão na adesão do paciente ao tratamento proposto, principalmente quanto à necessidade de modificação dos hábitos de vida: perda ponderal, atividade física e ingestão de uma alimentação saudável.

O manejo das condições crônicas deve ser realizado por uma equipe multiprofissional que atua através de atendimentos programados e com monitoramento dos usuários baseando-se na estratificação de risco. Os atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos, incluindo o atendimento às agudizações das doenças crônicas e ações preventivas, educacionais e de autocuidado apoiado. As intervenções individuais ou grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas, pois permite o surgimento de usuários ativos e informados que dispõem de motivação, de informação, de habilidades e de confiança para efetivamente tomar decisões sobre sua saúde e para gerenciar sua condição crônica.

Os grupos operativos podem contribuir para a mudança de comportamentos e serem utilizados na atenção primária para fornecer ao paciente orientações quanto ao autocuidado, fazendo-o repensar sua forma de agir frente à doença. Como a mudança de comportamento e de estilo de vida é uma decisão pessoal, a equipe de saúde deve ser proativa e preparada, para estimular estas atitudes, pois a instauração de hábitos saudáveis, bem como a responsabilização pelo seu cuidado, se constituem em uma ferramenta fundamental para a prevenção em saúde.

Como há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas, o desenvolvimento deste trabalho vai ao encontro de tentar reduzir a incidência de complicações relacionada à hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para otimizar, através de ações de promoção em saúde e prevenção de agravos, o adequado acompanhamento de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Santa Terezinha I, no município de Araguari, Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estruturar um Grupo Operativo voltado para a hipertensão e o diabetes.
2. Estimular o autocuidado e o cuidado apoiado como instrumentos para o enfrentamento de agravos em saúde.
3. Promover ações de educação em saúde para a comunidade.

4 METODOLOGIA

Para a execução deste trabalho utilizou-se como metodologia o Planejamento Estratégico Situacional, que segundo Campos (2010) é constituído por dez passos. O primeiro passo consiste na definição dos problemas, isto é, através da metodologia da Estimativa Rápida tem-se a identificação dos principais problemas de saúde da área de abrangência, bem como o conhecimento das suas causas e consequências. O segundo passo é a priorização dos problemas, uma vez que geralmente não há governabilidade e recursos sobre todos os problemas identificados na área de abrangência. O terceiro e o quarto passo tratam da descrição e da explicação dos problemas, estes passos tem o objetivo de entender a gênese do problema a partir da identificação das suas causas. O quinto passo é a seleção dos “nós críticos” que são as causas, dentro da minha governabilidade, que quando “atacadas” repercutem sobre o problema principal e efetivamente transforma-o. O sexto passo refere-se ao desenho das operações que tem como objetivo descrever ações para o enfrentamento dos “nós críticos”, bem como a identificação dos produtos, resultados e recursos necessários para a concretização de cada operação definida. O sétimo passo consiste na identificação dos recursos críticos que serão consumidos em cada operação. O oitavo passo é a análise da viabilidade do plano, uma vez que o ator que está planejando não controla todos os recursos que são necessários para o desenvolvimento das suas operações, desta maneira, o ator deve identificar aqueles que controlam os recursos críticos e avaliar o seu provável posicionamento em relação ao problema, pois, somente após isto, ele poderá definir operações/ações estratégicas para construir a viabilidade do seu plano. O nono e o décimo passo referem-se a elaboração do plano operativo e a gestão do plano, respectivamente.

Para fundamentar o desenvolvimento deste trabalho foi realizado uma revisão bibliográfica utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e do *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, com os seguintes descritores: hipertensão, atenção primária à saúde, grupo operativo, doenças cardiovasculares e autocuidado. Foram incluídos nessa revisão artigos publicados de 2010 a 2014 representando um total de 336 trabalhos, foram excluídos trabalhos que abordavam outros temas que não aqueles dos descritores, bem como abordagem da faixa etária infantil, resultando num total de dez trabalhos.

[NSG2] Comentário: Conferir com o que colocou no resumo e nas palavras-chave. Todos eles devem estar iguais.

[F3R2] Comentário: Creio que o trabalho não deva se limitar apenas nas palavras chaves, afinal de conta, são apenas 3. Como poderia confeccionar um trabalho buscando apenas "Doenças Cardiovasculares. Atenção primária à saúde. Autocuidado". Para realiza uma pesquisa inúmeros tópicos se interagem e simplicar a este ponto a busca não é adequado.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e a alterações metabólicas, as quais acarretam em aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Importante lembrar que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

[...] O controle da hipertensão arterial está intimamente ligado a mudanças de hábitos de vida: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo; estas estratégias se referem a atividades de autocuidado que, muitas vezes, deveriam ser orientadas por profissionais e precisam ser realizadas pelas pessoas portadoras de hipertensão para o ideal controle dos níveis pressóricos. (LOPES et al., 2013, p. 199).

Segundo Lopes et al. (2013) o centro da estratégia para o controle da hipertensão consiste no acompanhamento dos casos de hipertensão e a realização de ações preventivas e educativas. Estas ações devem ser voltadas para o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do estresse, do consumo restrito de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável. Entretanto, nota-se que há dificuldades na mudança de hábitos, sendo necessário constantes investimentos dos serviços de saúde para a reversão deste quadro.

Portanto, a equipe de saúde, tanto médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), devem compreender o processo do adoecimento, como uma experiência individual, e incentivar os indivíduos a participarem de programas de autocuidado e certificar-

se da ausência de complicações associadas ao controle da hipertensão, promovendo mudanças do estilo de vida.

Mudanças no estilo de vida são fortemente recomendadas na prevenção primária e secundária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular, além de permitir o desenvolvimento de redes sociais que irão amparar o indivíduo. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (BRASIL, 2013). Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), *diabetes mellitus* refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Esta doença apresenta alta morbimortalidade, com perda na qualidade de vida, e é uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Estima-se que esteja presente em aproximadamente 11% da população brasileira igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de cinco milhões e meio de portadores.

Segundo Paula e Andrade (2012), as mudanças do hábito de vida são o cerne do controle do diabetes, além disso deve-se manter vigilância constante e assistência à saúde para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade.

O projeto do Hiperdia surge no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, iniciado pelo Ministério da Saúde, em 2000, em parceria com conselhos municipais e federais de saúde, afim de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assegurando o acesso ao diagnóstico do diabetes e da hipertensão, atualização dos profissionais da rede básica e vinculação dos pacientes diagnosticados às unidades básicas de saúde (BRASIL, 2014).

Segundo Rodrigues et al. (2012), o Hiperdia poderá ser desenvolvido por todos os profissionais da unidade básica, permitindo a interação com os usuários participantes, utilizando como ferramenta dinâmicas, palestras, orientações, aferição de PA e glicemia capilar, atividade física e entrega de medicamentos, trabalhando temas relevantes e de interesse da população. Esta forma de organização é importante, pois permite que os usuários participem e se envolvam no processo do cuidar de si, o que resulta em um emponderamento

do saber técnico pela população e também da percepção da sua capacidade de ação e mudança social.

De maneira geral, os usuários não valorizam o grupo, pois não compreendem a real importância deste, assim, não se sentem motivados a participarem do grupo, alegando, geralmente, que não possuem tempo para frequentar uma vez que este acontece em horário de funcionamento da Unidade.

[...], um motivo que dificulta a participação dos cadastrados nos grupos, relatado pelos profissionais de saúde, é que grande parte dos grupos é realizada em horário do funcionamento da unidade, entre as 08h e 17h, no qual a maioria dos cadastrados está trabalhando ou realizam suas tarefas do lar (RODRIGUES et al., 2012, p. 51).

A ESF surge para reorganizar a prática assistencial de forma substitutiva ao modelo tradicional de assistência, com enfoque em toda a família que estará vinculada a um médico e a uma UBSF, sendo que esta estratégia mostra-se como certa no enfrentamento das doenças crônico-degenerativas. Quando comparamos as frequências, respectivamente, de conhecimento, de tratamento e de controle da hipertensão do Brasil com outros países, identificamos taxas semelhantes em relação ao conhecimento, mas significativamente superior no Brasil em relação ao tratamento e controle, em especial em municípios com ampla cobertura da ESF (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os profissionais da atenção primária têm importância singular nas estratégias de prevenção, de diagnóstico, de monitorização e de controle da hipertensão arterial. Devem focar no princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, sempre envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na constituição do plano terapêutico individual.

Tanto a hipertensão, quanto o diabetes, e como consequência, o risco cardiovascular, são problemas de saúde considerados “Condição Sensível à Atenção Primária”, ou seja, o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A atuação em determinado território afim de promover uma mudança efetiva, baseia-se no conhecimento dos verdadeiros problemas daquela população. Para isto, deve-se estabelecer um diagnóstico situacional e posteriormente definição de um plano de ação.

O levantamento de informações para a elaboração do diagnóstico situacional foi obtido pelo método de Estimativa Rápida através do uso de informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entrevistas com pessoas chaves e observação ativa na área de abrangência da UBSF Santa Terezinha I.

1. Primeiro passo - definição dos problemas:

Após entrevistas e coleta dos dados, foi ponderado com a equipe os seguintes problemas na área de abrangência:

Sobre a equipe de saúde de família e sua atuação:

- Rotatividade dos profissionais médicos da UBSF não possibilitando a formação de um vínculo efetivo;
- Inexistência de grupos operativos;

Sobre o ambiente físico e socioeconômico:

- Ausência de uma sala de espera confortável e que permita o desenvolvimento de práticas educativas neste ambiente;
- Presença de duas equipes de saúde em um espaço físico insuficiente;

Sobre o perfil de saúde:

- Alta prevalência de portadores de hipertensão arterial e diabetes sem controle adequado;
- Alta mortalidade decorrente de eventos cardiovasculares, especialmente infarto agudo do miocárdio;
- Elevado número de idosos frágeis na área;
- Número elevado de usuários de drogas e álcool na área de abrangência;
- Elevada prevalência de obesidade e depressão na população da UBSF;
- Elevado risco cardiovascular na população da UBSF.

2. Segundo passo - priorização dos problemas

Com o perfil dos problemas obtido e considerando o grau de impacto das ações que podem ser desenvolvidas, priorizou-se conforme consta na tabela a seguir.

Quadro 1. Classificação das prioridades dos problemas da UBSF São Santa Terezinha I de Araguari. 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Inexistência de grupos operacionais	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de portadores de hipertensão arterial e diabetes sem controle adequado entre idosos	Alta	8	Parcial	2
Alta mortalidade decorrente de eventos cardiovasculares, especialmente infarto agudo do miocárdio	Alta	8	Parcial	3
Elevado número de idosos frágeis na área	Alta	7	Parcial	4
Elevada prevalência de obesidade e depressão na população da UBSF	Alta	8	Parcial	5
Número elevado de usuários de drogas e álcool na área de abrangência	Alta	7	Parcial	6
Rotatividade dos profissionais dos médicos da UBSF não possibilitando a formação de um vínculo efetivo	Alta	7	Fora	7
Ausência de uma sala de espera confortável e que permita o desenvolvimento de práticas educativas neste ambiente	Moderada	7	Fora	8
Presença de duas equipes de saúde em um espaço físico insuficiente	Moderada	7	Fora	9

Fonte: SIAB, 2014.

3. Terceiro passo – descrição do problema selecionado

Observa-se que o problema priorizado foi o alto risco cardiovascular principalmente relacionado a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, o qual está expresso na escolha dos três problemas que foram priorizados com mesmo grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento, os quais se relacionam entre si. Optou-se por este problema devido a sua alta prevalência na comunidade, além das consequências de morbimortalidade relacionadas ao manejo inadequado destes problemas, como infarto agudo do miocárdio, e, também, pelo fato

de que a principal ferramenta educacional, capaz de promover uma mudança de estilo de vida, o grupo operativo do HiperDia não estava em funcionamento.

Lembra-se que o risco cardiovascular é resultado de uma somatória de outras condições como *diabetes mellitus*, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, obesidade e idade avançada. A partir da observação ativa e dados coletados, é possível perceber que muitos dos hipertensos e diabéticos da área apresentam também esses outros fatores de risco, o que eleva ainda mais seu risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Quadro 2. Descritores do problema risco cardiovascular relacionado à hipertensão arterial e diabetes na UBSF Santa Terezinha I de Araguari. Dados referentes a 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	490	SIAB
Hipertensos acompanhados	256	Registros da equipe
Hipertensos controlados	124	Registros da equipe
Diabéticos cadastrados	147	SIAB
Diabéticos acompanhados	92	Registros da equipe
Diabéticos controlados	60	Registros da equipe
Complicações de problemas	38	Registros da equipe
Internações por causas cardiovasculares	22	Registros da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	14	Registros da equipe

Fonte: SIAB, 2014.

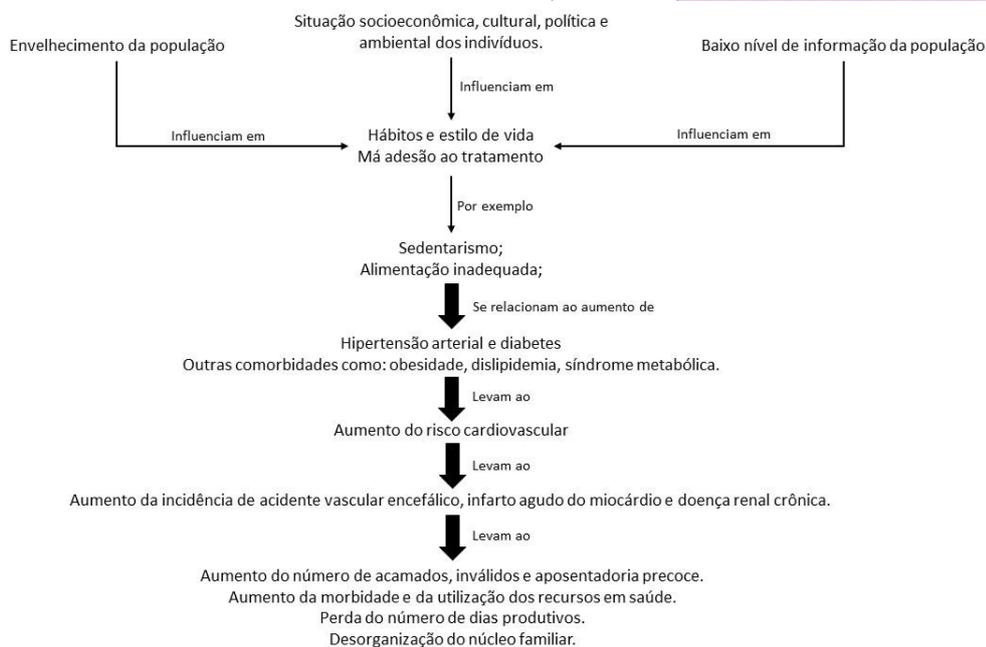
4. Quarto passo – explicação do problema

No cerne da alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes temos os hábitos e estilo de vida que são influenciados pelo baixo nível de informação da população acerca de medidas preventivas, pelo envelhecimento com diminuição da capacidade fisiológica, e pela situação socioeconômica, cultural, política e ambiental dos indivíduos. Todos estes fatores acabam resultando no controle inadequado daquelas doenças. A crença de que apenas tratamento farmacológico seria o suficiente para o tratamento da doença e a má adesão à medicação prescrita são fatores agravantes no controle da doença.

Em consequência disto, temos o aumento do risco cardiovascular e suas complicações como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica.

As complicações da hipertensão arterial e do diabetes apresentam repercussões significativas para o sistema de saúde e previdenciário, com o aumento do número de acamados e inválidos, aposentadoria precoce, perda de dias produtivos, aumento da morbidade, utilização de recursos de maior custo para o sistema de saúde e desorganização do núcleo familiar.

Fig. 1. Organograma da explicação do problema **selecionado**.



[NSG4] Comentário: Inserir fonte de onde retirou o mesmo.

[F5R4] Comentário: Foi criado por mim, conforme orientações durante o curso do CEABSF, constituindo, inclusive uma das tarefas enviadas para avaliação, portanto, não há fonte.

5. Quinto passo – seleção dos nós críticos

Sendo o nó crítico a causa de um problema que, quando atacada, gera impactos positivos sobre o problema principal e permite transformá-lo (CAMPOS et al., 2010), foram selecionados como nós críticos do problema de alto risco cardiovascular da população adscrita os seguintes que estão dentro do espaço de governabilidade da equipe de saúde.

- Hábito de vida sedentário.
- Má adesão da população ao tratamento proposto.
- Não funcionamento do grupo HiperDia.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Hábitos de vida sedentário” relacionado ao problema “Redução do risco cardiovascular através do estímulo ao autocuidado”, na população sob responsabilidade da UBSF Santa Terezinha I, em Araguari, Minas Gerais, 2014.

Nó crítico 1	Hábito de vida sedentário
Operação	Tchau sedentarismo
Projeto	Modificar hábitos de vida caracteristicamente sedentários, popularizando a prática habitual de exercícios afim de reduzir o risco cardiovascular.
Resultados esperados	Reduzir a obesidade na área de abrangência Promover uma vida menos sedentária
Produtos esperados	População do bairro com hábitos mais saudáveis praticando mais atividades físicas e introduzindo o exercício no seu cotidiano.
Atores sociais/ responsabilidades	UBSF: organização das atividades Comunidade: participação nas atividades propostas
Recursos necessários	Organizacional: solicitar junto a Secretaria Municipal de Saúde o fornecimento de Educador Físico para o desenvolvimento das atividades. Cognitivo: informações sobre o tema e sobre medidas para atuar sobre ele Financeiro: recursos como folhetos educativos e convite para a participação nas atividades.
Recursos críticos	Organizacional: organizar atividades com Educador Físico.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: 1. Equipe de saúde da família 2. Secretaria de saúde 3. Educador físico Motivação: 1. Favorável 2. Favorável 3. Indiferente
Ação estratégica de motivação	1 e 3. Não são necessárias 2. Apresentar o projeto à secretaria
Responsáveis:	Enfermeira Médico
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Revisar a situação do produto esperado em 5 meses após o início do projeto junto à responsável. Conhecer a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Má adesão da população ao tratamento proposto.” relacionado ao problema “Redução do risco cardiovascular através do estímulo ao autocuidado”, na população sob responsabilidade da UBSF Santa Terezinha I, em Araguari, Minas Gerais, 2014.

Nó crítico 2	Má adesão da população ao tratamento proposto.
Operação	Melhor com remédio
Projeto	Informar a população sobre o risco cardiovascular e seus fatores relacionados, reforçando o uso dos medicamentos conforme orientação
Resultados esperados	População mais informada e ciente sobre a hipertensão arterial, diabetes e outros fatores relacionados ao risco cardiovascular, permitindo melhor compreensão sobre o tratamento proposto.
Produtos esperados	Avaliação o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial, diabetes e demais fatores de risco cardiovascular Campanhas educativas nos grupos operativos e em outros ambientes
Atores sociais/ responsabilidades	UBSF: organização das atividades Comunidade: participação nas atividades propostas
Recursos necessários	Organizacional: organizar agenda para as atividades Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação
Recursos críticos	Não há recursos críticos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Não há recursos críticos
Ação estratégica de motivação	Não é necessário desenvolvimento de nenhuma estratégia de motivação.
Responsáveis:	Enfermeira Médico
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Revisar a situação do produto esperado em 5 meses após o início do projeto junto à responsável. Conhecer a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Mal funcionamento do grupo HiperDia.” relacionado ao problema “Redução do risco cardiovascular através do estímulo ao autocuidado”, na população sob responsabilidade da UBSF Santa Terezinha I, em Araguari, Minas Gerais, 2014.

Nó crítico 3	Não funcionamento do grupo HiperDia
Operação	Grupo Operacional HiperDia
Projeto	Estruturar o grupo HiperDia na UBSF Santa Terezinha I e criação de roteiros para as reuniões.
Resultados esperados	Funcionamento do grupo HiperDia com regularidade quinzenal. Criação de roteiros para as reuniões do HiperDia
Produtos esperados	Grupo HiperDia com funcionamento quinzenal. Instauração de roteiros para as reuniões do HiperDia
Atores sociais/ responsabilidades	UBSF: organização das atividades Comunidade: participação nas atividades propostas
Recursos necessários	Organizacional: organizar agenda para realizar os grupos Cognitivo: informação sobre a linha de cuidado e funcionamento de grupos operativos Político: adesão dos profissionais Financeiro: recursos para lanches e folhetos educativos
Recursos críticos	Político: adesão dos profissionais. Financeiro: conseguir os lanches e folhetos para os grupos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipe de saúde da família 2. Secretaria de saúde 3. Equipe de saúde da família Motivação: <ol style="list-style-type: none"> 1. Favorável 2. Indiferente 3. Favorável
Ação estratégica de motivação	1 e 3: não são necessárias 2: Apresentar o projeto à secretaria
Responsáveis:	Enfermeira ACS Médico
Cronograma / Prazo	Quatro meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Revisar a situação do produto esperado em 6 meses após o início do projeto junto à responsável. Conhecer a justificativa para eventuais atrasos e designar novo prazo, se necessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho permitiu perceber a importância do grupo operativo como uma estratégia na abordagem da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes de uma determinada população, em especial à população adscrita a uma UBSF, como foi o caso da UBSF Santa Terezinha I de Araguari – MG.

O controle da hipertensão arterial é fundamental pois uma vez atingido as metas podemos evitar complicações fatais e não fatais, que apresentam grande morbidade para o paciente. Para que consigamos atingir este controle, é necessário o tratamento tanto medicamentoso, quanto não medicamentoso, isto é, mudanças no estilo de vida e aquisição de hábitos de vida mais saudáveis.

As evidências na literatura demonstram a utilização dos grupos operativos pelas UBSF voltados à população hipertensa, com o objetivo de favorecer maior adesão aos dois tipos de tratamento de sua condição, medicamentoso e não-medicamentoso, o que resulta em melhor controle dos níveis pressóricos e redução da morbimortalidade decorrente da doença não controlada.

Além disto, o grupo operativo permite uma maior aproximação entre profissionais de saúde e usuários e mesmo dos usuários entre si, facilitando a abertura do diálogo e a troca de experiências entre todos, com a participação efetiva dos sujeitos hipertensos na abordagem de sua doença. A troca de experiências vem como forma de aprendizado, pois o participante do grupo se reconhece em problemas semelhantes aos seus e começa a abrir sua visão para um posicionamento diferente com relação à doença.

Durante a prática diária, nota-se o papel fundamental da educação em saúde na abordagem dos indivíduos e como sua utilização nos grupos traz benefícios aos participantes. As ações educativas podem instrumentalizar os indivíduos e grupos na construção de conhecimentos e meios de melhor lidar com o processo saúde-doença.

Diante disto, a confecção de um plano de ação a partir de passos bem estabelecidos, como ocorreu neste trabalho com a elaboração de um projeto de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional, ajuda na abordagem do problema, possibilitando identificá-lo, além de explicitar os nós-críticos nos quais as atuações são fundamentais para a resolução do mesmo.

Sendo o problema o não funcionamento adequado do Hiperdia, espera-se que seja possível, a partir da execução deste projeto de intervenção elaborado, a atuação sobre o

funcionamento desse grupo na UBSF Santa Terezinha I, com melhorias na forma como é conduzido, levando a impactos positivos nas vidas dos hipertensos da área de abrangência.

Esperamos que este trabalho dê subsídios para que a equipe continue desenvolvendo as atividades, e auxilie no enfrentamento dos agravos nesta população. Também que a experiência com este grupo seja sensibilizadora para os profissionais de saúde e os usuários hipertensos quanto a realização e a participação em grupos operativos.

REFERENCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil da população Censo de 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>. Acesso em: 17/05/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012. 512 p.

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica: n. 37. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013. 128 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 27/12/2014.

LOPES, M. C. DE L.; et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>. Acesso em: 20/12/2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010.

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun. 2009.

Adaptado de: FARIA H. P. de; COELHO, I. B; Werneck, M. A. F.; SANTOS, M. A. Modelo assistencial e atenção básica em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COPEMED. 2010. 68 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica: n. 36. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília, 2013. 128 p. Disponível em:

[NSG6] Comentário: Fora ordem alfabética. Letra arial e times. Conferir.

[F7R6] Comentário: Nathalia Madureira, A quem devo seguir? As suas recomendações ou da banca?

[NSG8] Comentário: Fora ordem alfabética

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 27/12/2014.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. 3ª edição, 204 p., Belo Horizonte, 2013. Disponível em: http://canalminassaude.com.br/2013/hipertensao2013/guia_tecnico.pdf Acesso em: 17/07/2014.

PAULA, C. F. de; ANDRADE, T. C. B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Bauru: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Marília, v. 16, n. 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília, DF, 2004, 63 p.

RODRIGUES, F.; et al. O funcionamento e a adesão nos grupos de Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, dez. 2012.