

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

**ÁTILA CARLOS MISSIAS**

**GRUPO OPERATIVO COMO FORMA DE INTERVENÇÃO NA  
SAÚDE DE PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
E DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA PRATA DE LAJINHA**

**LAJINHA - MINAS GERAIS**

**2016**

**ÁTILA CARLOS MISSIAS**

**GRUPO OPERATIVO COMO FORMA DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE  
DE PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA PRATA DE LAJINHA**

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

Orientador: Prof. DSc. Antônio Leite Alves Radicchi

**LAJINHA - MINAS GERAIS**

**2016**

**ÁTILA CARLOS MISSIAS**

**GRUPO OPERATIVO COMO FORMA DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE  
DE PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA PRATA DE LAJINHA**

Banca examinadora:

Prof. DSc. Antônio Leite Alves Radicchi - orientador

Prof.<sup>a</sup> Daniela Coelho Zazá - examinadora

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016.

## RESUMO

O município de Lajinha encontra-se na região geomorfológica da Serra do Caparaó. Está a 349 km de Belo Horizonte. Sua população estimada em 2010 era de 19.616 habitantes. Conta atualmente com seis equipes de saúde da família e três pontos de apoio às zonas rurais. Uma Policlínica e um Pronto Atendimento também compõem o cenário de saúde da cidade. A Unidade Básica de Saúde Prata de Lajinha possui aproximadamente 3350 pessoas cadastradas, divididas em oito microáreas e a Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus são as doenças mais prevalentes entre os usuários; o que justifica o atendimento e acompanhamento de forma diferenciada. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção que auxilie na educação, acompanhamento e adesão ao tratamento dos usuários portadores de Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus da equipe de saúde da família Prata de Lajinha. Como metodologia foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, documentos do Ministério da Saúde, além da busca bibliográfica de periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus, promoção, tratamento.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, promoção, tratamento.

## **ABSTRACT**

The municipality of Lajinha is geomorphological region of Serra do Caparaó. Is 349 km from Belo Horizonte. Its estimated population in 2010 was 19.616 inhabitants. Currently has six family health teams and three points of support for rural areas. A Polyclinic and Emergency Department also comprise the health scenario of the city. The Basic Health Unit Prata de Lajinha has approximately 3350 people registered, divided into eight micro areas and the hypertension and the diabetes mellitus are the most prevalent diseases among users; hence the care and monitoring in different ways. The objective of this work is to develop an intervention project to assist in education, monitoring and treatment compliance of users carriers of hypertension and diabetes mellitus of the Basic Health Unit Prata de Lajinha. The methodology we used the Situational Strategic Planning, Ministry of Health documents, as well as bibliographic search of indexed journals in the Virtual Health Library with descriptors Hypertension, Diabetes mellitus, promotion, treatment.

**Keywords:** Hypertension, Diabetes Mellitus, promotion, treatment.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MG – Minas Gerais

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

DM – Diabetes mellitus

PES – Planejamento Estratégico Situacional

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

CAPS – Centro de atenção psicossocial

ESF – Equipe de saúde da família

ACS – Agente comunitário de saúde

PA – Pressão arterial

SBC – Sociedade brasileira de cardiologia

SBD – Sociedade brasileira de diabetes

SCA – Síndrome coronariana aguda

AVE – Acidente vascular encefálico

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	População total, por gênero, rural/urbana Lajinha/MG .....	01
Figura 1	Localização geográfica do município de Lajinha .....	02
Quadro 2	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Lajinha/MG .....	03
Quadro 3	Longevidade, Mortalidade e Fecundidade, Lajinha/MG .....	04
Quadro 4	Desenho das operações referentes aos nó crítico identificados ..	12
Quadro 5	Identificação de recursos críticos .....	13
Quadro 6	Proposta de ação para motivação dos atores .....	13
Quadro 7	Cronograma de atividades e responsáveis .....	14

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 JUSTIFICATIVA	6
3 OBJETIVO	7
4 METODOLOGIA	8
5 REFERENCIAL TEÓRICO	9
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	12
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	16



## 1 INTRODUÇÃO

O município de Lajinha está inserido na região geomorfológica da Serra do Caparaó. O centro do município, em linha reta, dista 35 km do Pico da Bandeira, terceira montanha mais alta do Brasil. A vegetação original é a floresta pluvial atlântica. Sua população estimada em 2010 era de 19.616 habitantes (IBGE 2014).

O quadro 1 apresenta o total da população por gênero e por área urbana e rural em 2010.

**Quadro 1 – População total, por gênero, rural/urbana Lajinha/MG**

<b>População</b>	<b>População (2010)</b>	<b>% do Total (2010)</b>
<b>População total</b>	19.609	100,00
<b>Homens</b>	9.828	50,12
<b>Mulheres</b>	9.781	49,88
<b>Urbana</b>	12.250	62,47
<b>Rural</b>	7.359	37,53

Fonte: Atlas Brasil, 2013.

Distrito criado com a denominação de Lajinha do Chalé, subordinado ao município de Rio José Pedro. Pela lei estadual nº 843, de 07-09-1923, o município de Rio José Pedro tomou o nome de José Pedro e o mesmo passou a chamar-se Ipanema. Pela lei estadual nº 1128, de 19-10-1929, o distrito de Lajinha do Chalé teve sua denominação simplificada para Lajinha. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito de Lajinha (ex-Lajinha do Chalé), figura no município de Ipanema (ex-José Pedro) (IBGE 2014). Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31 de dezembro de 1936 e 31 de dezembro de 1937. Elevado à categoria de município com a denominação de Lajinha, pelo decreto-lei estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938, desmembrado de Ipanema. Constituído de dois distritos: Lajinha e Chalé. Não há registros da data de Instalação. Pela lei nº 757, é criado o distrito de Prata de Lajinha e anexado ao município de Lajinha. Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de 2 distritos: Lajinha e Prata de Lajinha. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (IBGE 2014).

Na figura 1 está apresentada a localização geográfica do município de Lajinha.

**Figura 1 – Localização geográfica do município de Lajinha**



Fonte: Atlas Brasil, 2013.

Uma curiosidade sobre o município é a sua data de fundação: A emancipação política do município se deu em 17 de dezembro de 1938. E para comemorar, foi instalada uma comissão organizadora das festas. A mesma criou um panfleto convidando a população para a festividade que aconteceria no dia primeiro de janeiro do ano de 1939, mesma data escrita no brasão da cidade.

A próxima festa da cidade não pôde acontecer devido às fortes chuvas que ocorreram no período de dezembro a maio do ano seguinte, e então somente conseguiram realizar a festa no mês de junho, no dia 22. Desde então a população tem conhecimento de que o aniversário de Lajinha é 22 de junho. Em razão desse fato, a geração atual desconhece a data real do aniversário da cidade que é 17 de dezembro de 1938.

A cidade conta com diversas fortalezas rochosas que podem ser exploradas como turismo ecológico e radical. Do centro da cidade vê-se o Santuário Nossa Senhora da Conceição Aparecida situado no ápice da "Pedra da Baleia" numa altitude média de 680m.

A economia da cidade é baseada predominantemente no cultivo de café. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Lajinha era 0,661, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,810, seguida de Renda, com índice de 0,659, e de Educação, com índice de 0,541 (quadro 2) (ATLAS BRASIL, 2013).

**Quadro 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Lajinha/MG**

IDHM e componentes	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	0,155	0,336	0,541
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	14,93	22,52	36,02
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	23,81	49,76	95,07
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	23,92	51,81	86,02
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	10,77	40,18	53,96
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	4,72	22,17	30,22
<b>IDHM Longevidade</b>	0,678	0,712	0,810
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,65	67,71	73,60
<b>IDHM Renda</b>	0,529	0,604	0,659
Renda per capita (em R\$)	215,71	342,75	482,87

Fonte: Atlas Brasil, 2013.

A administração da cidade na saúde: Prefeito: Lúcio Sebastião dos Santos. Vice: Sergio Corrêa. Secretário de saúde: Nilcilaine Hubner Florindo. Coordenadora da Atenção Básica: Ariane Ambrósio.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 36,1 por mil nascidos vivos, em 2000, para 17,6 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 36,3. Já na UF, a taxa era de 15,1, em 2010, de 27,8, em 2000 e 35,4, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos. Com a taxa

observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015 (ATLAS BRASIL, 2013).

No quadro 3 estão representados os dados referentes à longevidade, mortalidade e fecundidade em Lajinha nos anos de 1991, 2000 e 2010.

### Quadro 3 – Longevidade, Mortalidade e Fecundidade, Lajinha/MG

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,7	67,7	73,6
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	36,3	36,1	17,6
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	47,7	39,4	20,4
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	4,2	2,8	2,3

Fonte: Atlas Brasil, 2013.

O Município conta com seis equipes de saúde da família e três pontos de apoios às áreas rurais. Possui ainda uma Policlínica, um Pronto Atendimento e um CAPS 1. O Hospital da cidade pertence à iniciativa privada e capta a maioria da demanda do próprio município.

O Conselho Municipal de Saúde possui como componentes usuários e profissionais do sistema público de saúde, além de representantes do governo local. Possuem reuniões regulares, toda última segunda-feira do mês.

O distrito Prata de Lajinha está a 19 km da sede, com população de aproximadamente 3.400 pessoas. Neste distrito está inserida a ESF Prata e Lajinha com 3.345 usuários cadastrados. A ESF conta com um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e oito agentes comunitários de saúde.

Grande parte da demanda de trabalho da equipe é composta pelos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM). E partindo do pressuposto que o tratamento de doenças crônicas vai além de

consultas médicas, é impossível abordar o paciente de forma ampla com o pouco tempo que se tem dentro do consultório.

A maioria dos usuários procura o serviço para renovação de receita ou as mesmas são recolhidas pelos ACS's, renovadas na unidade e depois entregues. Com isso, não são feitos exames clínicos e laboratoriais de acordo com os protocolos.

O tratamento da HAS e do DM requer compromissos mútuos entre equipe e usuários. A equipe de saúde possui papel de disseminadora de informações e de formadora de opiniões. Além de ser quem conhece a realidade dos pacientes. Porém, muitas vezes não desenvolve este potencial por não conhecer o processo de saúde-doença e os seus componentes.

Já os usuários falham no quesito de adesão ao tratamento de sua doença, nos diversos aspectos, o que pode ser justificado, muitas vezes pelo não conhecimento de sua situação de saúde. A maioria está acostumada apenas com a rotina de consultas médicas e renovação de prescrição.

Diante do exposto, torna-se importante elaborar um plano de intervenção para os usuários portadores de HAS e/ou DM da ESF Prata de Lajinha a fim de melhorar os aspectos relacionados ao tratamento e acompanhamento de suas doenças.

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS e o DM são as morbidades mais prevalentes dentro da nossa prática na Atenção Básica. Nem sempre as duas condições possuem associações, mas tornam-se mais comuns e frequentes com o envelhecimento. O tratamento parte do uso de drogas, mudanças no estilo de vida e instituição de hábitos saudáveis. Medidas tomadas para que não haja os desfechos negativos dessas doenças.

A HAS e o DM são o principal motivo que leva os pacientes a procurarem a Unidade de Saúde Prata de Lajinha. Nota-se um ambiente de desconhecimento e automatismo em relação ao tratamento e ao acompanhamento destes usuários.

A grande importância da implantação de um projeto de intervenção através da criação de um grupo operativo está na melhoria da qualidade do tratamento da HAS e DM. Isso inclui o processo de aprendizagem e conhecimento das patologias, a adoção de medidas alternativas aos medicamentos, além da criação de um ambiente de troca de experiências.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de intervenção para os usuários portadores de HAS e/ou DM da ESF Prata de Lajinha a fim de melhorar os aspectos relacionados ao tratamento e acompanhamento de suas doenças.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Realizar grupo operativo com os indivíduos hipertensos e diabéticos;
- Alcançar níveis pressóricos e glicêmicos satisfatórios;
- Conscientizar e sensibilizar os indivíduos portadores de hipertensão e diabetes em relação às suas patologias, complicações e controle;
- Estimular a equipe a buscar conhecimento sobre HAS e DM em forma de educação permanente.
- Aumentar o vínculo dos usuários com a equipe.

#### **4 METODOLOGIA**

Para realização do presente trabalho, será utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que permite o planejamento e incorporação dos pontos de vista da equipe de saúde da família, comunidade e autoridades locais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa baseada na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, documentos do Ministério da Saúde, site do IBGE, e periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores “hipertensão arterial”, “diabetes”, “prevenção” e “tratamento”.

Após a revisão de literatura foi iniciado por toda a equipe o trabalho de intervenção de acordo com cronograma previamente estabelecido e seguindo planejamento estratégico compatível com a realidade e necessidades dos usuários.



## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, relacionada a lesões e disfunções em diversos órgãos, de maior gravidade em órgãos-alvo como rins, coração e cérebro, com morbidade e mortalidade elevadas, especialmente metabólicas e cardiovasculares (SBC, 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica (SBC, 2010).

Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde. A grande maioria dos portadores de HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios (AMANDA *et al.*, 2012).

A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios. Essas ações e comportamentos são caracterizados como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura (FARIA, 2009).

Um dos principais problemas dos profissionais da saúde é a adesão ao tratamento de forma irregular e assistemática, devido ao longo prazo e a dificuldade de alterar sua rotina, para isso os profissionais necessitam da participação e cooperação dos pacientes que convivem com a cronicidade para conseguirem alterar seu estilo de vida (CALIXTO, 2010).

## **5.2 DIABETES MELLITUS**

O DM é um grupo distinto de doenças relacionadas ao metabolismo da glicose e problemas na secreção e/ou ação da insulina, levando a um estado hiperglicêmico que potencialmente gera complicações agudas e crônicas, por vezes debilitantes e fatais. Possui acometimento multiorgânico, porém com sequelas mais graves nos rins, cérebro, coração, olhos e nervos periféricos. O acometimento dos nervos periféricos está relacionado a um dos eventos mais comuns e de difícil manejo, conhecido popularmente como “pé diabético” (SBD, 2014).

Tanto a HAS quanto o DM2 possuem múltiplos fatores de risco, alguns comuns entre si como o sedentarismo, obesidade e idade avançada. A associação entre as duas condições não é obrigatória, mas de ocorrência comum e mais frequente com o envelhecimento. Possuem controle a partir de medidas não medicamentosas e por meio de drogas, sendo o tratamento instituído a partir do estágio da doença, existência de complicações e fatores individuais, como idade e comorbidades. Os principais desfechos negativos da HAS e DM2 são os cardiovasculares, que constituem a maior causa de óbito no Brasil, como síndrome coronariana aguda e acidente vascular encefálico (MENDES *et al.*, 2014).

Devido a gama de alterações do estilo de vida que são impostas às pessoas portadoras do DM, a adesão delas ao tratamento tem sido um grande desafio para serviços de saúde e para os profissionais dessa área (PONTIERI; BACHION, 2010).

A adesão é muito mais do que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde, pois se entendida dessa maneira, supõe-se que o paciente não tenha autonomia, sendo completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel, exclusivamente, ao profissional da saúde. A realidade é que, no processo de adesão, os pacientes devem ter autonomia e habilidade para aceitar, ou não, as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos no processo de saúde (MICHELLE *et al.*, 2012).

Para alcançar os alvos glicêmicos, a maioria dos pacientes com DM tipo 2 necessitará utilizar medicamentos orais ou injetáveis. Além disso, trata-se de uma doença progressiva, com perda das células beta-pancreáticas e necessidade da associação de vários medicamentos ao longo dos anos. A terapêutica tradicional inicia o manejo com monoterapia e realiza o acompanhamento com aumento da dose até a máxima efetiva, para então adicionar uma segunda medicação. Entretanto, frente à sabida falha da monoterapia ao longo dos anos de tratamento e à sugestão do benefício do bom controle nos primeiros anos da doença, o tratamento intensivo e com associação de medicações já no início do quadro é sugerido por alguns autores (DEL PRATO *et al.*, 2009).

O modelo de prestação de serviços em saúde dentro da Equipe de Saúde da Família Prata de Lajinha possui como característica, uma assistência fragmentada pela centralidade das ações nas consultas médicas e no fornecimento de medicamentos.

A ideia de se trabalhar em grupo, no caso, um grupo para hipertensos e diabéticos, onde seja envolvida toda a equipe de saúde vem como uma modalidade de atendimento diferenciado, onde serão desenvolvidas ações de promoção e educação em saúde, troca de experiências, além de prestação de cuidados específicos aos portadores de HAS e DM, a fim de diminuir os desfechos negativos relacionados a estas doenças.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme discussões durante as reuniões de equipe, identificamos os usuários com mau controle pressórico e glicêmico e com má adesão ao tratamento medicamentoso proposto. Além disso, também foram discutidas algumas dificuldades dos usuários em relação à sua doença. Sendo assim, traçamos o seguinte plano de intervenção (quadro 4):

**Quadro 4 – Desenho das operações referentes ao nó crítico identificado**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Má adesão ao tratamento de HAS e DM	<b>Grupo Hipertensão</b>	Controle de níveis pressóricos e glicêmicos, mudança de hábitos e estilo de vida, melhor adesão ao tratamento medicamentoso.	Abordagem e acompanhamento pela ESF e profissionais da área convidados, melhores níveis glicêmicos e pressóricos	<p><b>Político:</b> Apoio da Coordenação da Atenção Básica</p> <p><b>Organizacional:</b> para organizar os encontros</p> <p><b>Cognitivo:</b> capacitação da equipe</p> <p><b>Financeiros:</b> Aquisição de materiais de divulgação; material educativo; Lanche.</p> <p><b>Humano:</b> ESF e profissionais convidados</p>

Fonte: Autoria própria (2016)

O quadro 5 apresenta a identificação dos recursos críticos para execução da operação/projeto.

**Quadro 5 – Identificação de recursos críticos**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Grupo Hipertensão</b> Educação, controle e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos.	<b>Político:</b> Apoio da Coordenação da Atenção Básica  <b>Financeiros:</b> Aquisição de materiais de divulgação; material educativo; Lanche.  <b>Humano:</b> ESF e profissionais convidados  <b>Organizacional:</b> para organizar os encontros  <b>Cognitivo:</b> capacitação da equipe

Fonte: Autoria própria (2016)

O quadro 6 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores envolvidos na operação/projeto.

**Quadro 6 – Proposta de ação para motivação dos atores.**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ações estratégicas</b>
<b>Grupo Hipertensão</b> Educação, controle e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos.	<b>Humano:</b> ESF e profissionais convidados  <b>Organizacional:</b> para organizar os encontros.  <b>Cognitivo:</b> capacitação da equipe	Profissionais convidados	Favorável	Apresentar a campanha aos atores
		Equipe da ESF		
		Equipe da ESF	Favorável	
		ESF e Coordenação da Atenção	Favorável	

	<p><b>Político:</b> Apoio da Coordenação da Atenção Básica</p> <p><b>Financeiros:</b> Aquisição de materiais de divulgação; material educativo; Lanche</p>	<p>Básica</p> <p>ESF e Coordenação da Atenção Básica</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	
--	--	--	-----------------------------------	--

Fonte: Autoria própria (2016)

O quadro 7 apresenta o cronograma para execução de cada etapa da operação/projeto.

#### Quadro 7 – Cronograma de atividades e responsáveis.

ETAPA	MÊ								RESPONSÁVE
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	
Apresentação da proposta para a	x								Médico da equipe de saúde
Aquisição de materiais	X								Equipe de
Escolha dos temas a serem	X								Equipe de saúde
Divulgação das atividades do Grupo para os usuários		X							ACS, médico e enfermeiro da equipe de
Encontros do Grupo		X	XX*	XX	XX	XX	X	X	Equipe de
Encerramento das atividades do grupo e								X	Médico da equipe de saúde

\*Dois encontros no mês

Fonte: Autoria própria (2016)

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A HAS e o DM são as duas condições mais prevalentes dentro da Equipe de Saúde da Família Prata de Lajinha, responsáveis por grande número de hospitalização e com alta taxa de morbidade e mortalidade.

A assistência que é dada aos indivíduos portadores de HAS e DM é de forma centrada no médico, baseada em consultas e renovação de prescrições. O que justifica os esforços da equipe em organizar de forma criativa e participativa um modelo diferente de atenção à saúde: O grupo operativo.

Como resultado, espera-se a mudança de comportamento dos usuários em relação aos cuidados que envolvem: novo estilo de vida e hábitos saudáveis, melhor adesão ao tratamento medicamentoso e maior vínculo com a Unidade de Saúde. E desta forma, diminuir as complicações relacionadas à HAS e ao DM.

## REFERÊNCIAS

AMANDA, G.R. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev.Nutr.** v.25, n.2, mar./abr. 2012.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Lajinha, MG.** Disponível em : [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/lajinha\\_mg#idh](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lajinha_mg#idh). Acesso em: 03 jul. 2015.

CALIXTO AATF. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista [**dissertação de mestrado**] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.

CAMPOS, F.C. FARIA, H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

DEL PRATO, S. PENNO, G. MICCOLI R. Changing the treatment paradigm for type 2 diabetes. **Diabetes Care** 2009;32(suppl 2):S217-22.

FARIA, H.T.G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latinoam Enferm.** v.17, n.1, p.46-51, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2013.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

MENDES, L.M. *et al.* Fatores Associados a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa. **Rev. Univap** - SP, v. 20, n. 35, jul.2014.

MICHELLE, B.E.S. *et al.* Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem Revista.** v.15, n.1, Jan/Abr. 2012.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 151-160, jan. 2010.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v.95, n. 1 supl.1, p.1-51, 2010.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes:** 2013-2014; São Paulo: AC Farmacêutica, 2014, p. 1-382.