

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

POLLYANA CRISTINA MENDES ARAÚJO

GRUPO OPERATIVO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SILVESTRE,
VIÇOSA/MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO

Juiz de Fora / MG
2016

POLLYANA CRISTINA MENDES ARAÚJO

GRUPO OPERATIVO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SILVESTRE,
VIÇOSA/MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO

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. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

POLLYANA CRISTINA MENDES ARAÚJO

GRUPO OPERATIVO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SILVESTRE,
VIÇOSA/MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Liliane da Consolação Campos Ribeiro - UFVJM

Examinador 2 – Prof. Gabriela de Cássia Ribeiro - UFVJM

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016

RESUMO

O perfil de mortalidade da população brasileira apresentou mudanças, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas, sendo de impacto as complicações do Diabetes e da Hipertensão. Sabe-se que a maioria desses casos podem ser tratados na rede primária de saúde através de medidas preventivas e de promoção à saúde. O estudo objetiva identificar os motivos relacionados aos agravos dessas doenças na Equipe de Saúde da Família de Silvestre no município de Viçosa, MG. A metodologia constou de revisão bibliográfica, priorizando textos que elucidassem o problema e os nós-críticos: nível de informação, hábitos e estilo de vida, processo de trabalho da equipe de saúde e uso irregular de medicações. Como resultado elaborou-se um Plano de Intervenção com metas e ações. As ações principais foram a criação do Grupo Operativo de HAS e DM e o HIPERDIA na agenda médica. Os resultados esperados são: redução no número de atendimentos aos agravos da HAS e DM, aumentar o conhecimento do doente sobre a própria moléstia, promover o autocuidado e manutenção do HIPERDIA na agenda médica. Conclui-se que a identificação dos principais problemas de saúde na comunidade através do diagnóstico situacional e a definição de intervenções eficientes e eficazes, elaborados por toda a equipe de saúde, são fundamentais para o planejamento das ações. Através dessa tecnologia pode-se enfrentar os problemas de maneira sistematizada, menos improvisada e com mais chances de sucesso.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Diabetes Mellitus. Estratégia de saúde da família. Planejamento em saúde. Prática educativa em saúde.

ABSTRACT

It was found change in the profile of the population mortality with an increase in deaths by chronic diseases, having great impact the complications of diabetes and hypertension. It is known that most of these cases can be treated in primary health care services through preventive measures and health promotion. This study aims to identify the reasons related to the harms of these diseases in Equipe de Saúde da Família of Silvestre, in Viçosa, Minas Gerais. The methodology was based on literature review, prioritizing texts that elucidate the problem and critical points: knowledge,

habits and lifestyle, working process of the health team and irregular use of medications. As a result, an Intervention plan with goals and actions was created. The main actions were creation of both Operational Group of Hypertension and Diabetes and HIPERDIA, in the medical agenda. The expected results include cutback in number of medical appointments due to harms caused by HBP and diabetes, improve patient's perception about his own disease, promote self-care and maintenance of HIPERDIA in the medical agenda. It is concluded that the identification of major health problems in the community through the situational diagnosis and the definition of efficient and effective interventions developed by the whole health team, are essential to the planning of actions. Through this technology problems can be faced in a systematic way, which is less improvised and has gotten more chances to succeed.

Key-words: Hypertension. Diabetes Mellitus. The Family health strategy. Health planning. Educational practice in health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GERAL.....	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4 METODOLOGIA	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	13
4.2 DIABETES MELLITUS	14
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

O município de Viçosa está situado na região da Zona da Mata, entre as Serras da Mantiqueira, do Caparaó e da Piedade no estado de Minas Gerais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população estimada é de 77.318 habitantes e é predominantemente urbana (92%). Todo o território do município é coberto pelo Programa de Saúde da Família (PSF), totalizando 17 unidades, sendo que algumas abrangem território rural.

A Unidade de Saúde da Família do Silvestre localiza-se nesse município e possui 3104 usuários cadastrados que se dividem em indivíduos nativos e outros que foram atraídos devido ao elevado número de instituições de ensino superior qualificado. Essa situação pode explicar parcela da desigualdade social presente e a diversidade na interpretação do conceito “saúde”.

A estrutura física da unidade não oferece condições ideais de trabalho para os profissionais, nem acessibilidade adequada para os pacientes. Esse fato acentua-se no caso de portadores de deficiências físicas e idosos mais fragilizados que enfrentam vários obstáculos até o acolhimento. Quando há necessidade de reunir grande número de pessoas, a equipe solicita ajuda e ocupa o salão paroquial.

Atualmente existe somente um grupo operativo em atividade - o grupo de caminhada desenvolvido por faculdade conveniada.

A equipe é composta por 5 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar de escritório, 1 Auxiliar em Saúde Bucal, 1 Técnica de Enfermagem, 1 Cirurgiã-dentista, 1 Enfermeira e 1 Médica.

A unidade de saúde funciona das 07 as 17 horas, não há demanda aparente para realização de atendimentos noturnos. Para a correta logística de funcionamento, a secretária da unidade divide o serviço com os agentes comunitários de saúde.

A informatização ainda não é realidade. Todas as anamneses, bem como histórico de visitas domiciliares e demais atendimentos, são registrados à mão.

A unidade apresenta índice de hipertensos e diabéticos elevados - compatível com os dados de estudos brasileiros. O atendimento a agravos dessas doenças crônicas, como urgência/emergência hipertensiva e hiperglicemias, bem como sua reincidência em pacientes específicos, é rotina no posto.

No último consolidado disponível na unidade, de abril de 2014, havia 332 hipertensos cadastrados, sendo todos acima de 14 anos, e 78 diabéticos, sendo 01 paciente na faixa etária entre 0-14 anos e os demais 77 acima de 14 anos. Não há dados sobre a distribuição desses pacientes de acordo com as microáreas, estratificação de riscos e classificação quanto ao tipo de diabetes e a necessidade ou não de insulino terapia.

A partir do diagnóstico situacional levantado na unidade priorizou-se a criação de ações e metas para diminuir a incidência de agravos à saúde secundários a HAS e o DM. As causas identificáveis em consultas médicas relacionadas foram o uso irregular dos medicamentos, a não adesão à dieta, sedentarismo, ausência de informações referentes à importância da atividade física regular, senilidade associada à falta de um cuidador, desconhecimento da própria doença, cuidado continuado ineficaz – incluindo rotina de atendimentos médicos, visitas domiciliares de todos os profissionais e inexistência de grupo especializado.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Santos 2011, a HAS e o DM são fatores de risco independentes e sinérgicos para o surgimento de doenças cardiovasculares. Essas doenças exigem acompanhamento seriado e multidisciplinar, além de educação em saúde para os profissionais e os próprios usuários, portadores ou não dessas enfermidades.

Bezerra (2015) definiu que a maioria dos casos brasileiros de HAS e DM podem ser tratados na rede primária através de medidas preventivas e de promoção à saúde e Soares e Ferraz (2011) evidenciaram o papel positivo de grupos operativos no processo saúde-doença.

O diagnóstico situacional da Unidade de Saúde de Silvestre evidenciou alta incidência de descompensação dessas doenças que poderiam aumentar o número de comorbidades dos pacientes, além de propiciar queda na qualidade de vida e óbitos. A unidade não realizava grupos operativos com esse foco e não havia horário específico para o atendimento desse grupo. Visando solucionar esse problema, o projeto de intervenção priorizou o planejamento de ações e criação de metas para atingir o controle e promover o cuidado continuado e multidisciplinar dessas doenças.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor plano de intervenção de acordo com o diagnóstico situacional realizado na unidade visando diminuir os agravos da HAS e do DM.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular o autocuidado e aumentar o nível de informação dos pacientes acerca das suas doenças para obter modificações no estilo de vida, incluindo dieta e regularidade de atividade física, uso correto das medicações conforme prescrição médica, além de estreitar laços com a Unidade de Saúde de Silvestre. Objetiva-se também incentivar ações de saúde pelos profissionais guiadas pelo planejamento e diagnóstico situacional.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do Projeto de Intervenção utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional. A incidência de agravos da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus foi o problema priorizado, uma vez que dificilmente todos os problemas seriam resolvidos.

Os nós críticos identificados para intervenção foram: nível de informação, hábitos e estilo de vida, processo de trabalho da equipe de saúde e uso irregular de medicações.

Elaborou-se pesquisa bibliográfica para a contextualização do tema com base nos “nós críticos” selecionados, no banco de dados da BVS, SCIELO e LILACS. Foram incluídas publicações do período de 2010 a 2015. As seguintes palavras-chaves foram utilizadas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, estratégia de saúde da família, planejamento e praticas educativas em saúde.

As ações propostas para modificar o problema selecionado foram: criação de Grupo Operativo de HAS e DM; e, realizar cuidado continuado individualizado através de retornos programados em consulta médica e de enfermagem.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do curso de Especialização da Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2008).

Para a criação e posteriores atividades do grupo operativo considerou-se a sistematização de fundamentos e metodologias propostos por Soares e Ferraz (2011) que se baseiam nas teorias de Pichon-Rivière.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nas últimas décadas, constatou-se mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e por causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco, encontram-se o DM e a HAS - sendo considerados como fatores independentes e sinérgicos (SANTOS, 2011). De acordo com Bezerra (2015), cerca de 60 a 80% dos casos brasileiros de HAS e DM podem ser tratados na rede primária de saúde através de medidas preventivas e de promoção à saúde.

“Visando uma melhor atenção a esta população e considerando o aumento gradativo da prevalência de pacientes com HAS e DM, foi criado em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* [...]. Entre as medidas para melhoria do acesso e da qualidade da assistência voltada para os portadores de HAS e DM, o plano preconiza a criação de grupos específicos, com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento medicamentoso e promover maior vínculo entre equipe e paciente, estabelecendo desta forma, um ambiente de promoção à saúde e incentivo às práticas saudáveis, além de constituir um espaço para troca de experiências” (BEZERRA, 2015, p. 20).

Estudo de revisão sobre adesão/não-adesão ao tratamento de doenças crônicas evidenciou que existe uma concepção reduzida por parte dos pacientes do seu papel ativo no processo de tratamento. O paciente considera-se submisso ao profissional e ao serviço de saúde, não se vê como um sujeito modificador do processo saúde-doença (MAZZUCHELLO, 2014).

As atividades dos grupos operativos visam estimular o autocuidado e promover reflexão singular acerca da realidade local e individual das condições que afetam a saúde (SANTOS, 2011). Na concepção dos grupos operativos, o processo saúde-doença é visto como um algo flexível e mutável (MELO, 2011).

As complicações dos agravos da HAS e do DM repercutem diretamente na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, além de impactarem na dinâmica

de atendimento da unidade de saúde e no orçamento financeiro do município, estado e federação.

4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. 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 (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte e ainda são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%, sendo mais prevalente nos homens (CESARIANO, 2008).

Os fatores de risco relacionados a HAS pela Sociedade Brasileira de Cardiologia são:

- a) Idade: existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos;
- b) Gênero e etnia: a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos,

- invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca;
- c) Excesso de peso e obesidade: o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens.
 - d) Ingestão de sal: ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras.
 - e) Ingestão de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral.
 - f) Sedentarismo: atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares.
 - g) Fatores socioeconômicos: a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.
 - h) Genética: a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população.

A prevenção primária pode ser realizada através de mudanças de estilo de vida que reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. 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 (RAINFORTH, 2007)

Independente da classificação da HAS do paciente e do tratamento realizado, é necessário incentivar o emprego de todas essas medidas não-farmacológicas visto o grande impacto na redução da progressão e das complicações da doença.

4.2 DIABETES MELLITUS

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, pode-se entender o Diabetes Mellitus (DM) como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina ou em ambas.

O diabetes mellitus é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença e estima-se que este número chegue a 380 milhões em 2025. O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes (Diretrizes SBD, 2013-2014).

O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM (Diretrizes SBD, 2013-2014).

No Brasil, tem-se observado um crescente número nas hospitalizações por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento na sua prevalência e das morbidades (Diretrizes SBD, 2013-2014).

A natureza crônica, a gravidade das suas complicações e os meios necessários para controlá-las torna o DM uma doença muito onerosa para os indivíduos afetados e também para o sistema de saúde (Diretrizes SBD, 2013-2014).

Os programas de prevenção primária do DM baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco, particularmente naqueles com tolerância à glicose diminuída (Diretrizes SBD, 2013-2014).

Assim como nos indivíduos já diagnosticados com HAS, a mudança no estilo de vida e as dietas são fundamentais para o controle da glicemia nos portadores de DM e sempre devem se associar ao tratamento farmacológico.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional percebeu-se que o atendimento de urgência a agravos da HAS e do DM, bem como sua reincidência em pacientes específicos, fazia parte da rotina da Unidade Básica de Saúde de Silvestre e que esse problema deveria ser priorizado.

Para a elaboração da proposta de intervenção observou-se que se trata de problema terminal e de alta relevância. O enfrentamento desse problema está parcialmente dentro da capacidade da equipe.

Os nós críticos selecionados foram nível de informação, hábitos e estilo de vida, processo de trabalho da equipe de saúde e uso irregular das medicações. As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos quadros de 1 a 4.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó nível de informação” relacionado ao problema “ agravos das doenças HAS e DM” na população sobre responsabilidade da Equipe da Saúde da Família Silvestre, município de Viçosa, MG.

Nó crítico 1	Nível de Informação
Operação	Grupo Operativo / Cuidado continuado em consulta médica
Projeto	Grupo de HAS e DM / HIPERDIA
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> . Redução no número de atendimentos das urgências relacionadas com HAS e DM na unidade; . Aumentar o conhecimento do doente sobre a própria moléstia; . Promover o autocuidado; . Criação do HIPERDIA quinzenal na agenda médica;
Produtos esperados	Implantação do Grupo Operativo e do HIPERDIA na agenda da Equipe de Saúde de Silvestre
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, população alvo
Recursos necessários	<p>Cognitivos: Conhecimento científico e sobre estratégias de comunicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> . Organizacional: Organizar as agendas dos profissionais envolvidos. Disponibilizar material audiovisual de entretenimento. . Político: Disponibilização do local das reuniões. Mobilização social.

	. Físico: Local para os encontros
Recursos críticos	Cognitivos → Estratégias de comunicação Organizacional → Incluir na agenda horário para a condução dos grupos; Político → Disponibilização do local de encontro para as reuniões Organizacional → Material audiovisual Organizacional → Mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: ESF, Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Café-da-manhã, medidas de glicemia capilar e aferição de PA
Responsáveis:	Equipe de Saúde da Família de Silvestre
Cronograma / Prazo	Em andamento - encontros mensais
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médica da ESF de Silvestre

Quadro 2 – Operações sobre o “nó hábitos e estilo de vida” relacionado ao problema “ agravos das doenças HAS e DM” na população sobre responsabilidade da Equipe da Saúde da Família Silvestre, município de Viçosa, MG.

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida
Operação	Grupo Operativo e Cuidado continuado em consulta médica
Projeto	Grupo de HAS e DM / HIPERDIA
Resultados esperados	. Redução no número de atendimentos das urgências relacionadas com HAS e DM na unidade; . Aumentar o conhecimento do doente sobre a própria moléstia; . Promover o autocuidado; . Criação do HIPERDIA quinzenal na agenda médica;
Produtos esperados	Implantação do Grupo Operativo e do HIPERDIA na agenda da Equipe de Saúde de Silvestre
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, população alvo
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento científico e sobre estratégias de comunicação; . Organizacional: Organizar as agendas dos profissionais envolvidos. Disponibilizar material audiovisual de entretenimento.

	. Político: Disponibilização do local das reuniões. Mobilização social. . Físico: Local para os encontros
Recursos críticos	Cognitivos → Estratégias de comunicação Organizacional → Incluir na agenda horário para a condução dos grupos; Político → Disponibilização do local de encontro para as reuniões Organizacional → Material audiovisual Organizacional → Mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: ESF, Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Café-da-manhã, medidas de glicemia capilar e aferição de PA
Responsáveis:	Equipe de Saúde da Família de Silvestre
Cronograma / Prazo	Em andamento - encontros mensais
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médica da ESF de Silvestre

Quadro 3 – Operações sobre o “nó processo de trabalho da Equipe de Saúde” relacionado ao problema “agravos das doenças HAS e DM” na população sobre responsabilidade da Equipe da Saúde da Família Silvestre, município de Viçosa, MG.

Nó crítico 3	Processo de Trabalho da Equipe de Saúde
Operação	Planejamento Estratégico Situacional envolvendo a Equipe na elaboração Projeto de Intervenção
Projeto	Diagnóstico Situacional – Projeto de Intervenção Grupo de HAS e DM / HIPERDIA
Resultados esperados	. Mobilização da ESF . Manutenção do Grupo Operativo e do HIPERDIA na agenda médica;
Produtos esperados	Implantação do Grupo Operativo e do HIPERDIA na agenda da Equipe de Saúde de Silvestre . Novas ações guiadas pelo Planejamento Estratégico
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento científico e sobre estratégias de comunicação; . Organizacional: Organizar as agendas dos profissionais envolvidos.

	Disponibilizar material audiovisual de entretenimento. . Político: Mobilização social da equipe
Recursos críticos	Organizacional: Incluir na agenda horário de todos os profissionais horário destinado para reuniões. Cognitivos: Conhecimento científico
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médica Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Demonstração da importância das reuniões e ações organizadas para a gestão da ESF, bem como demais profissionais
Responsáveis:	Médica
Cronograma / Prazo	Em andamento – reuniões quinzenais
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médica da ESF de Silvestre

Quadro 4 – Operações sobre o “nó uso irregular das medicações” relacionado ao problema “agravos das doenças HAS e DM” na população sobre responsabilidade da Equipe da Saúde da Família Silvestre, município de Viçosa, MG.

Nó crítico 4	Uso irregular das medicações
Operação	Grupo Operativo e Cuidado continuado em consulta médica
Projeto	Grupo de HAS e DM / HIPERDIA
Resultados esperados	. Redução no número de atendimentos das urgências relacionadas com HAS e DM na unidade; . Aumentar o conhecimento do doente sobre a própria moléstia; . Promover o autocuidado; . Criação do HIPERDIA quinzenal na agenda médica;
Produtos esperados	Implantação do Grupo Operativo e do HIPERDIA na agenda da Equipe de Saúde de Silvestre
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, população alvo
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento científico e sobre estratégias de comunicação; . Organizacional: Organizar as agendas dos profissionais envolvidos. Disponibilizar material audiovisual de entretenimento. . Político: Disponibilização do local das reuniões. Mobilização social. . Físico: Local para os encontros

Recursos críticos	<p>Cognitivos → Estratégias de comunicação</p> <p>Organizacional → Incluir na agenda horário para a condução dos grupos;</p> <p>Político → Disponibilização do local de encontro para as reuniões</p> <p>Organizacional → Material audiovisual</p> <p>Organizacional → Mobilização social</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: ESF,</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Café-da-manhã, medidas de glicemia capilar e aferição de PA
Responsáveis:	Equipe de Saúde da Família de Silvestre
Cronograma / Prazo	Em andamento - encontros mensais
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médica da ESF de Silvestre

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação dos principais problemas de saúde na comunidade através do diagnóstico situacional e a definição de intervenções eficientes e eficazes são fundamentais para o planejamento das equipes de saúde. Após priorizar determinados problemas e analisar a capacidade da equipe de saná-los, pode-se enfrentar os problemas de maneira sistematizada, menos improvisada e com mais chances de sucesso.

Sabe-se que o sucesso terapêutico da HAS e do DM envolvem o conhecimento científico da equipe multidisciplinar, mas relaciona-se de forma estreita com o autocuidado do paciente. Dessa forma, a criação do Grupo Operativo de HAS e DM na Unidade de Saúde de Silvestre está colaborando para o controle adequado dessas doenças e para a diminuição do número de agravos, comorbidades, e conseqüentemente melhora da qualidade de vida desses usuários.

Com apenas cinco reuniões realizadas, já se pode notar decréscimo nos atendimentos de urgência e melhora nos padrões de controle. Parcela dos usuários com frequência regular no grupo operativo e/ou consultas, mudaram o *status* de sedentário e iniciaram práticas de atividades físicas regulares, além de alongamento diário. Além disso, esses pacientes estão mais conscientes sobre seus direitos no SUS e conhecem a periodicidade individualizada de acompanhamento.

A Equipe de Saúde da Família de Silvestre percebeu que a iniciativa do Planejamento Estratégico auxilia na resolução/modificação racional de problemas do cotidiano e se mostra favorável a empregar a técnica em outras dificuldades enfrentadas que estão dentro de sua capacidade.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, G. C. *et al.* Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 19-22, 2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte, Nescon UFMG, Coopmed, 2008.
- MAZZUCHELLO, F. R. *et al.* A atuação dos enfermeiros nos Grupos Operativos Terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 462-472, 2014.
- MELO, L. P. *et al.* A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 180-188, abr./jun. 2011.
- SANTOS, E. M. *et al.* Promoção da saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus: Relato de uma prática assistencial da enfermagem. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Santa Catarina, v. 4, n. 1, p. 84-94, jul./dez. 2011.
- SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Ney R. Enferm**, v. 11, n. 1, p. 52-7, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, V. 95, n. 1, p. 1-51. 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. OLIVEIRA, José Egidio Paulo (org.). **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. AC Farmacêutica, Rio de Janeiro, 2013-2014.
- CESARIANO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Card**, v.91, n.1, p. 31-35. 2008.
- RAINFORTH, M. V. *et al.* Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Curr. Hypertens. Rep.**, v9, p. 520-528. 2007.