

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCIA FARSURA DE OLIVEIRA

**PACIENTES HIPERTENSOS E GRUPO HIPERDIA NA ESF SETTE DE
BARROS I: ADESÃO AO GRUPO OPERATIVO**

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

MÁRCIA FARSURA DE OLIVEIRA

**PACIENTES HIPERTENSOS E GRUPO HIPERDIA NA ESF SETTE DE
BARROS I: ADESÃO AO GRUPO OPERATIVO**

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.

Orientadora: Prof. Ms. Kátia Ferreira Costa Campos

Juiz de Fora / Minas Gerais

2015

MÁRCIA FARSURA DE OLIVEIRA

**PACIENTES HIPERTENSOS E GRUPO HIPERDIA NA ESF SETTE DE
BARROS I: ADESÃO AO GRUPO OPERATIVO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Kátia Ferreira Costa Campos - UFMG

Examinador 2 – Prof. Dra. Selme Silqueira de Matos- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30 de Janeiro de 2015.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de intervenção visando a melhora da adesão dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da ESF Sette de Barros I, ao grupo Hiperdia. No diagnóstico situacional, observou-se baixa adesão e infrequência na participação ao grupo operativo por grande parte dos hipertensos adscritos à Unidade de Saúde. Baseando-se neste problema foram selecionados os seguintes nós críticos: Horário em que os grupos são desenvolvidos, coincidente com os horários de trabalho; palestras expositivas; monotonia dos temas apresentados nas palestras, como dieta e exercícios físicos. Como resultado obteve-se um plano de ação para enfrentar esses nós críticos, e estimular a adesão e frequência dos hipertensos da área de abrangência ao grupo Hiperdia, foram estabelecidas diferentes ações de intervenção: flexibilização dos horários de funcionamento dos grupos; palestras dialogadas; temas das palestras elencados com a participação dos pacientes.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, Hipertensão arterial.

ABSTRACT

This study aimed to develop an action plan aimed at improving adherence of hypertensive patients, the coverage area of the ESF Sette de Barros I, the group Hiperdia. In the situational diagnosis, there was low adherence and infrequency in the operative group participation by a large number of those affected ascribed to the Health Unit. Based on this problem we selected the following critical node: Time when the groups are developed, coinciding with work schedules; expository lectures; monotony of the topics presented in the lectures, exemplifying diet and exercise. As a result, we obtained an action plan to address these critical nodes, membership and frequency of hypertension in the coverage area to Hiperdia group were established different interventions: flexibility of working hours of the groups; dialogued lectures; themes of the listed lectures with the participation of patients.

Keywords: Primary Health Care, chronic disease, hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico-Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMMDU	Serviço de Assistência Médica Municipal de Urgência e Pronto-Socorro
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentuais do produto Interno Bruto dos..... Municípios, Ponte Nova, 2011	11
Quadro 1- Descrição do problema priorizado pela ESF Sette de Barros I	19
Quadro 2- Projeto, produto, resultados esperados, recursos e ações estratégicas	21
Quadro 3 – Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados	23
Quadro 4- Proposta de ação para motivação dos atores.....	24
Quadro 5 – Agenda do Hiperdia e profissionais envolvidos.....	23
Quadro 6 – Elaboração do plano operativo.....	26
Quadro 7- Acompanhamento do plano de ação.....	27
Quadro 8 - Resultados: Número de pacientes que compareceram ao grupo Hiperdia em cada semana	27

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor da vida, pelo seu cuidado e pela oportunidade de conviver com diferentes pessoas, sejam pacientes, colegas de trabalho ou mestres, que contribuíram em muito para o meu crescimento pessoal e profissional. Ao meu pai, por todo carinho e dedicação e por ter se casado com a mulher maravilhosa que esteve sempre presente, com apoio incondicional, enquanto lhe foi permitido, a minha mãe. Ao meu marido, pelo amor, companheirismo e compreensão que me dedica. Aos meus amigos, pelos ensinamentos de grandes valores da vida. Aos professores, que conheci na especialização, que fizeram do empenho e dos ensinamentos da arte de lecionar, o que guardarei com sincera gratidão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Identificação, histórico e descrição do município e justificativa	10
1.2 Objetivo	12
1.3 Metodologia	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Contexto da hipertensão arterial no Brasil.....	14
2.2 Educação em saúde e o grupo operativo Hiperdia..... e as suas vantagens terapêuticas para o paciente hipertenso	16
3 PLANO DE AÇÃO.....	18
3.1 Definição dos problemas.....	18
3.2 Priorização dos problemas.....	18
3.3 Descrição do problema selecionado.....	18
3.4 Explicação do problema.....	19
3.5 “Nós críticos”	20
3.6 Desenho das operações.....	20
3.7 Identificação dos recursos críticos.....	22
3.8 Análise da Viabilidade do Plano.....	22
3.9 Elaboração do Plano Operativo.....	24
3.10 Gestão do Plano.....	26
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

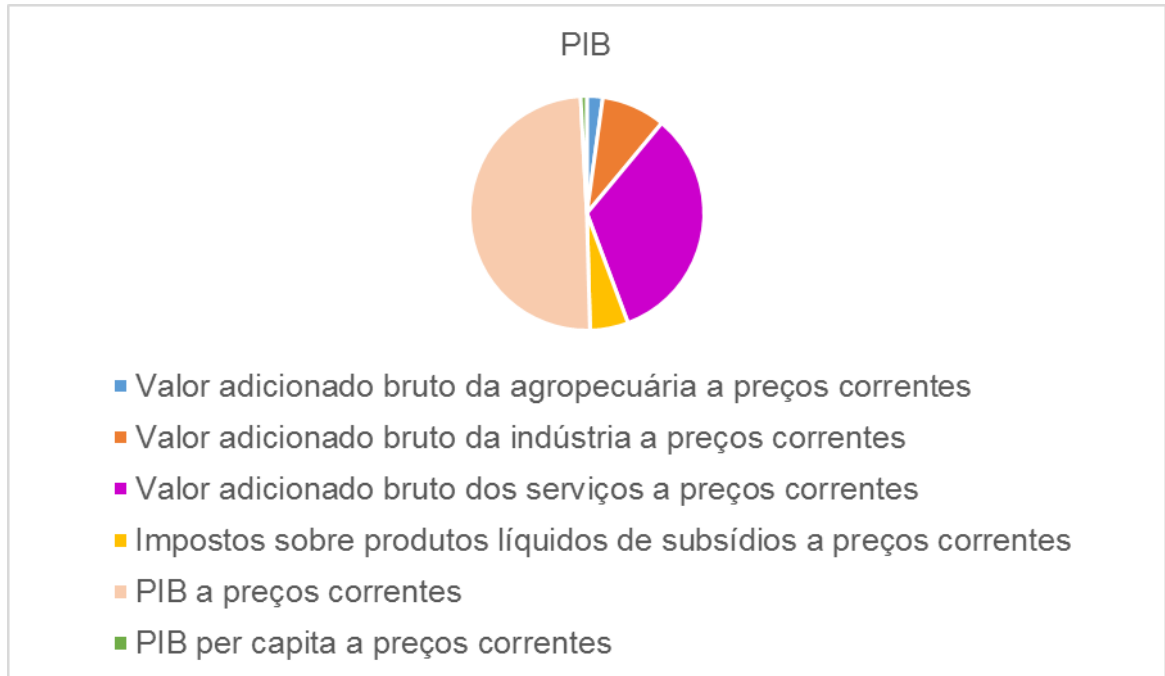
1.1 Identificação, histórico e descrição do município e justificativa

O município mineiro denominado Ponte Nova, localizada a 180 Km de Belo Horizonte, elevado à categoria de vila pela lei provincial nº 827, de 11 de julho de 1857, desmembrado de Mariana, a primeira vila do estado, e com foros de cidade a partir de 30 de outubro de 1866, apresenta 57.390 habitantes.

A administração de Ponte Nova é composta por: Paulo Augusto Motta Moreira, prefeito; Ivan José da Silva, secretário municipal de saúde; Thiany Silva Oliveira, coordenadora da atenção básica; Cláudia Cristina Rangel, coordenadora da assistência odontológica. E, o conselho municipal de saúde apresenta reuniões, uma vez a cada mês e os principais temas das reuniões e sua prevalência são: usuário (50%), trabalho em saúde (25%), governo e prestação de contas (25%).

A área territorial de Ponte Nova corresponde a 470,643 km², sua densidade demográfica é igual a 121,94 hab/km²e seu IDH é igual a 0,717 (2008). O PIB per capita a preços correntes de Ponte Nova é igual a 15.524,47 e pode ser melhor representado em comparação com o restante das finanças do município, no graf.1. (IBGE, 2012/2013).

Gráfico 1 – Percentuais do produto Interno Bruto dos Municípios, Ponte Nova, 2011



Após o conhecimento de um pouco da história de Ponte Nova, falaremos sobre o bairro Triângulo Velho, que é um bairro, que faz divisa com o bairro Palmeiras, que é o centro comercial da cidade. O bairro conta com rede de esgoto canalizada, em 88% de sua área, água tratada encanada, em 94%, apresenta uma escola da rede pública estadual, que atende a crianças de 3 anos de idade até a conclusão do ensino médio, uma creche particular, lojas comerciais (dois supermercados, lojas de roupa, uma farmácia, duas padarias, bares, um restaurante, uma loja de materiais de construção, uma alfaiataria etc.), uma casa lotérica, uma unidade básica de saúde (onde funcionam dois Programas de Saúde da Família), o pronto atendimento da cidade SAMMDU (Serviço de Assistência Médica Municipal de Urgência e Pronto-Socorro).

Existe uma área dentro do bairro Triângulo Velho que corresponde a uma comunidade carente, onde há alto índice de violência, já na divisa do bairro com o bairro Triângulo Novo.

A Unidade Básica de Saúde Sette de Barros, que atende a seis micro áreas, foi fundada em 2007, e desde então é utilizada como porta de entrada para os serviços do SUS pela a comunidade, o que gera grande expectativa pelos pacientes.

Os pacientes atendidos pela ESF Sette de Barros I (aproximadamente, 3.280 pessoas), são em grande parte cooperativos e alfabetizados. Entretanto, apesar de não dispor de dados numéricos, existe uma parcela da população que é analfabeta e outra parcela que apresenta em média 5 anos escolares, o que demanda mais programas educativos, para ajudar na promoção à saúde.

Após diagnóstico situacional foi priorizado o problema da não adesão ao grupo operativo pelos portadores de Hipertensão arterial.

Dos 257 hipertensos cadastrados, na ESF Sette de Barros I, 98 mantém boa adesão ao tratamento farmacológico, e 31 pacientes comparecem ao grupo de Hiperdia mensalmente. O restante frequenta o grupo apenas quando necessita trocar a receita.

Os motivos apontados pelos pacientes para justificar a não adesão ao grupo operativo são: o fato do horário em que os grupos são realizados coincidir com os horários de trabalho; palestras expositivas; a monotonia dos temas das palestras.

Ao desenvolver este trabalho, acredita-se ser possível melhorar a assistência prestada à nossa clientela, ou seja, à população hipertensa adscrita, considerando que o usuário é o ator principal nesse processo.

Portanto, o presente estudo visa por meio da implementação de um projeto de intervenção, com flexibilização dos horários de funcionamento do grupo operativo; temas variados para as palestras, escolhidos com a participação dos pacientes; e realização de palestras dialogadas, os pacientes hipertensos da área de abrangência da ESF Sette de Barros I terão maior adesão e regularidade nas reuniões do grupo Hiperdia.

1.2 Objetivo

Elaborar plano de intervenção visando a melhora da adesão dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da ESF Sette de Barros I, ao grupo Hiperdia.

1.3 Metodologia

Para identificar o principal problema enfrentado pela ESF Sette de Barros I e propor ações de intervenção, foi necessário trabalhar em equipe, verificando-se através das fichas D, a não participação e a irregularidade da participação nos grupos operativos, por parte da população hipertensa adscrita. Além disso, foi preciso escutar as principais queixas referidas pelos pacientes aos agentes comunitários de saúde e, a partir daí, tentar solucionar o problema.

Para atender ao proposto neste trabalho, foi realizada uma busca bibliográfica para a contextualização teórica-conceitual do tema para elaboração do Plano de Intervenção. Foi consultado artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library On-Line) e MEDLINE, através dos descritores: Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Health Education; Health Promotion; Hipertensão arterial.

Com as informações levantadas através da revisão de literatura referente ao principal problema detectado foi proposto um plano de ação para aumento e regularidade da participação dos pacientes hipertensos ao grupo Hiperdia na ESF Sette de Barros I.

Para a construção do plano de ação foram seguidos os passos do PES, propostos pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, Nescon, Escola de Medicina, UFMG, que de acordo com CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A., autores do módulo, são os seguintes: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico, momento tático operacional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contexto da hipertensão arterial no Brasil

De acordo com os dados obtidos de 194 países, apresentados pelo relatório da estatística da saúde mundial em 2012 pela OMS, verificou-se que em todas as regiões do mundo a obesidade duplicou entre 1980 e 2008 (WHO, 2012).

Para Nobre et al. (2001), atualmente sabe-se que é a localização abdominal de gordura (obesidade central) que está mais associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Medidas regionais de obesidade, entre as quais a circunferência da cintura, fornecem estimativas de gordura centralizada que, por sua vez, está relacionada à quantidade de tecido adiposo visceral. Assim, essas medidas vêm sendo largamente utilizadas em estudos de base populacional como indicadores da gordura abdominal, seja pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares como, por exemplo, a hipertensão arterial, seja pela alta correlação que possuem com métodos laboratoriais de avaliação da composição corporal.

Nobre et al. (2001) ressalta ainda, que os dados divulgados alertam, em síntese, para o aumento das doenças não contagiosas ligadas à obesidade: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares. Elas representam 2/3 das mortes no mundo. Com isso, verifica-se a importância em conter os agravos relacionados a essas moléstias crônicas.

Rodrigues et al. (2012) orienta que a hipertensão arterial sistêmica apresenta características específicas do processo de cronicidade, destacando-se por história natural prolongada, multiplicidade de fatores associados, longo curso assintomático, evolução clínica lenta e prolongada. É uma patologia clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Hipertensão Arterial é definida por Rodrigues et al. (2012), como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Buscando-se realizar o controle da doença crônica, em questão, Nobre et al. (2001) destaca que, além do atendimento adequado ao paciente; realização de consultas/avaliações médicas com ou sem solicitação de exames e/ou prescrição de medicamentos; avaliação e estabelecimento de diagnóstico com a classificação de risco, o tratamento e a periodicidade do acompanhamento de saúde, de acordo com a necessidade do usuário; medidas de promoção à saúde devem ser realizadas (orientações quanto à dieta, exercício físico, atividades em grupo que estimulem o melhor autocuidado).

As medidas de promoção à saúde aparecem muito nas atividades do grupo operativo Hiperdia, onde encontra-se o trabalho interdisciplinar, prestando atendimento individual e em grupo a estes usuários (RODRIGUES et al., 2012).

A doença crônica traz para a vida do paciente várias transformações, inclusive ligadas ao autoconceito, em função de sua possibilidade de agravo e dificuldade de aceitação e adaptação à sua nova condição, podendo acarretar sintomas de depressão e ansiedade. Há toda uma alteração familiar, social, financeira, e a real adaptação à doença dependerá de diversos fatores internos e externos (GAYOTTO et al., 1996).

Dentre os fatores externos, inclui-se a importância do papel da equipe que dele cuida. O tratamento não medicamentoso, associado ao tratamento farmacêutico, constitui recurso eficiente no controle da hipertensão. Porém, a problemática da adesão ao tratamento é complexa e somente a atuação conjunta dos membros da equipe de saúde pode possibilitar uma nova forma de minimizar esta questão (NOBRE et al., 2001).

Devido à necessidade de cuidado longitudinal que a doença expõe o acometido, Rodrigues et al. (2012) acredita que a Atenção Primária à Saúde torne-se o ambiente mais eficiente, mas não exclusivo, para consultas médicas dos pacientes hipertensos que estão com a pressão arterial sob controle. Além disso, é na APS, que os grupos operativos são desenvolvidos, possibilitando um ambiente de elucidação das dúvidas que os pacientes apresentam com relação à sua doença, trocas de vivências entre os próprios usuários, além do cuidado e da informação que os mesmos obtêm.

2.2 Educação em saúde e o grupo operativo Hiperdia e as suas vantagens terapêuticas para o paciente hipertenso

A atenção básica é o lugar, onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, e o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia para a “reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica” (Brasil, 1997, p.10), por isso, pode-se considerar este como um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular em saúde.

Carvalho e Santos (1995, p.71) comentam que “a integração da assistência e da prevenção indica a orientação imanente no SUS de não separar as duas modalidades de proteção da saúde, principalmente depois de se presenciarem os resultados negativos da priorização da assistência médico hospitalar em detrimento das medidas de prevenção da doença e dos riscos de agravamento à saúde individual e coletiva.”

A educação em saúde, por agir preventivamente e de maneira didática, auxiliando o autocuidado, não abre espaços para que haja entre os profissionais de saúde, a concepção de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a formação acadêmica fossem suficientes para a implementação dessa prática. Com esse raciocínio, encontram-se atividades educativas que fazem uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o conhecimento popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, o próprio paciente é considerado culpado por sua doença, o que predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde (Vasconcelos, 1999; Valla, 1999).

As propostas da educação em saúde da população adscrita à ESF superam o próprio setor saúde, ao objetivar a formação crítica dos representantes da sociedade civil de caráter popular, colaborando para aumentar a consciência e entendimento das condições de vida e relações existentes com a saúde, subsidiando movimentos e lutas em defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social (Valla e Stotz, 1993).

No grupo Hiperdia, assim como comportam-se os seres humanos que relacionam-se em grupo, os indivíduos internalizam mutuamente suas formas de

pensar e sentir, além de aspectos ligados à sua própria maneira de ser. Tais relações vão sendo internalizadas, levando as pessoas a refletirem: como agem em grupo e como os outros vão descobrindo novas maneiras de agir; como isto facilita ou não o relacionamento com as pessoas no grupo em relação ao objetivo; como estes vão sendo ou não realizados e como isto compromete ou não as pessoas no cumprimento do objetivo comum; como as pessoas pensam, através da expressão de pensamentos seus e do grupo, o que leva a uma nova percepção das coisas, das pessoas e do mundo, possibilitando um repensar sobre sua maneira de ser de forma geral (GAYOTTO et al., 1996).

Vasconcelos et al. (2009, p.32) afirma, baseado nas teorias de Pichon-Rivière, que “o grupo operativo cumpre uma função terapêutica por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc.”

Neste sentido, como considerado por Bastos (2010) podemos dizer que “os grupos operativos têm um caráter terapêutico apesar de que nem todos os grupos terapêuticos podem denominar-se de grupos operativos”.

Um dos critérios chaves da obra de Pichon-Rivière, que traz luz à sua forma de compreensão da vida, dos grupos operativos e do desenvolver dos grupos é o de dialética. E para Bornheim (1977, p.7), na visão pichoniana “a dialética seria aquilo que faz possível todo discurso, embora permaneça em si mesma o não dito, algo de refratário a qualquer empenho de explicitação”.

O trabalho em grupo mescla apoio e aprendizagem, uma prática de educação em saúde que faz interação entre o cuidar e o pensar, almejando transformar os pacientes de “receptores passivos dos cuidados em saúde em coautores dos resultados, procurando fazer com que utilizem, que ‘se encarreguem’ de suas potencialidades como seres humanos” (Bleger, 1998, p.59).

Assim, segundo Zimmerman et al. (1997) para o paciente hipertenso, que participa frequentemente do Hiperdia, há um melhor controle da HAS, visto que o mesmo aprende a cada reunião mais informações sobre seu autocuidado.

3 PLANO DE AÇÃO

Desenvolveu-se um Plano de Ação para ESF Sette de Barros I com foco no principal problema identificado pela equipe, considerando sua importância e a viabilidade de gerenciar essa intervenção.

Um projeto de intervenção criado para resolver um dado problema precisa ser viável e gerenciável. É necessário conhecer os fatores envolvidos em sua gênese, para que as ações sejam focadas na transformação dessa realidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

3.1 Definição dos problemas

O diagnóstico situacional da ESF Sette de Barros I evidenciou a baixa participação e irregularidade no grupo Hiperdia, por pacientes hipertensos, alto índice de violência, em parte da área de abrangência, e baixo nível de escolaridade da maioria da população adscrita.

3.2 Priorização dos problemas

Entre os problemas identificados, considerou-se que todos apresentam relevante importância no contexto de assistência à saúde da população da área de abrangência. A não participação ou baixa frequência no Hiperdia, por pacientes hipertensos, encontra-se dentro da capacidade de enfrentamento da atenção primária, a despeito da capacidade parcial relacionada à violência e ao baixo nível de escolaridade. Com base nisso, a equipe priorizou a baixa participação e irregularidade no grupo Hiperdia, por pacientes hipertensos, como alvo do plano de ação.

3.3 Descrição do problema selecionado

Dos 257 hipertensos cadastrados, 98 mantém boa adesão ao tratamento farmacológico, e 31 pacientes comparecem ao grupo de Hiperdia mensalmente. O restante frequenta o grupo apenas quando necessita trocar a receita, conforme quadro 1.

Quadro 1- Descrição do problema priorizado pela ESF Sette de Barros I

Descritores	Dados	Fontes
Hipertensos cadastrados	257	SIAB
Hipertensos confirmados	265	Registro da Equipe
Hipertensos que comparecem ao grupo mensalmente	31	Registro da Equipe

Fonte: Autoria própria (2014).

3.4 Explicação do problema

A proporção considerável de pacientes hipertensos, que comparecem ao Hiperdia apenas quando necessitam trocar receita, comprometem sua propeidêutica, visto que deixam de se informar melhor sobre sua morbidade, não participando ativamente de seu cuidado.

Para Rodrigues et al. (2012), a adesão ao grupo Hiperdia não depende apenas do portador de hipertensão ou diabetes, mas sim de todo o conjunto de elementos constituintes do processo, embora deva considerá-lo como o foco central do processo.

A partir da escuta dos agentes comunitários de saúde, foi possível identificar que as principais queixas dos pacientes com relação à adesão são: Horário em que os grupos são desenvolvidos, coincidente com os horários de trabalho. Antes de serem levantadas as queixas, os grupos funcionavam de 8 às 11 horas na quinta-feira, semanalmente; Palestras expositivas, sendo apenas os profissionais de saúde a exporem suas ideias; Monotonia dos temas apresentados, como valores de pressão arterial a serem atingidos, alimentação saudável, importância de desenvolver atividades físicas.

3.5 “Nós críticos”

Nessa etapa identifica-se os fatores mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentados. Segundo o conceito, elaborado pelo PES, “nó crítico”

é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à baixa participação e irregularidade no grupo Hiperdia, por pacientes hipertensos. Essas serão as causas para as quais a equipe está direcionada, objetivando solucioná-las.

- Horário em que os grupos são desenvolvidos, coincidente com os horários de trabalho;
- Palestras expositivas;
- Monotonia dos temas apresentados nas palestras, como dieta e exercícios físicos.

3.6 Desenho das operações

A equipe elaborou um projeto para tentar solucionar as principais queixas com relação a adesão ao Hiperdia, como “Variedade de saberes”, o qual objetiva a discussão de temas variados com equipe ou convidados, atividades festivas e prática de exercícios físicos. Isso contaria com: atividade multiprofissional (psicólogos, nutricionistas, dentistas e educadores físicos) para participar das reuniões, realizar dinâmicas de grupo ou até mesmo fazer encontros extraordinários com todos os grupos reunidos; palestras dialogadas, como o projeto “Dialogando nós entendemos” propõe, com temas elencados de acordo com o interesse dos pacientes (dentre os temas não podem faltar informações sobre menopausa e andropausa, saúde bucal, alterações de memória, tabagismo e pé diabético); realização de atividades festivas (exemplos seriam no Dia Mundial do Diabetes, Natal e no Dia do Idoso), sempre com o objetivo de educar em saúde e estreitar os laços entre os participantes e destes com a equipe, desenvolvendo a autoestima e promovendo melhora da qualidade de vida dos integrantes.

Além disso, a divulgação dos grupos seria de forma mais abrangente e efetiva, como por exemplo, através de cartões realizados pela própria equipe.

Com relação aos horários em que os grupos são realizados, haverá maior flexibilização. Antes de serem levantadas as queixas, os grupos funcionavam de 8 às 11 horas na quinta-feira, semanalmente. No planejamento realizado, de acordo com o projeto “Flexibilizar para melhorar”, os grupos funcionarão de 8 às 11 horas, na terça-feira, na primeira semana do mês, e de 8 às 11 horas na quinta-feira, na

terceira semana do mês, também de 14 às 17 horas, na segunda-feira, na segunda semana do mês e, das 14 às 17 horas, na quarta-feira, na quarta semana do mês.

O quadro 2 apresenta o desenho das operações para os “nós críticos” apresentados.

Quadro 2- Projeto, produto, resultados esperados, recursos e ações estratégicas

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Recursos necessários	Produtos Esperados
Horário de funcionamento dos grupos	-Flexibilizar para melhorar.	-A população participando mais dos grupos, devido a maior disponibilidade de horários	- Organizacional: reorganização da agenda; -Humano: equipe envolvida.	-Permitir maior participação da população adscrita.
Palestras expositivas	-Dialogando nós entendemos	- Palestras dialogadas, nas quais os pacientes podem tirar dúvidas e exemplificarem.	-Humano: equipe envolvida; -Cognitivo: estratégias de comunicação e pedagógicas.	-Divulgação contínua de informações, através dos grupos, com melhor entendimento dos pacientes.
Monotonia dos temas das palestras	-Variedade de saberes	-Palestras com assuntos sugestionados pelos pacientes.	- Humano: equipe envolvida; -Cognitivo: estratégias de comunicação.	-Orientações educativas sobre temas do interesse da população, sem fugir do objetivo de melhora do autocuidado.

Fonte: Autoria própria (2014)

3.7 Identificação dos Recursos Críticos

No quadro 3 foram identificados os recursos críticos para a execução das operações. Todos os recursos já foram disponibilizados para a aplicação do projeto.

Quadro 3 – Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
-Flexibilizar para melhorar.	-Organizacional: Agenda previamente definida para realização das atividades do grupo Hiperdia. -Político: Apoio da gestão
-Dialogando nós entendemos	- Humano: disponibilidade da equipe envolvida; -Econômicos: Confeção de panfletos, cartilhas e cartazes. Aquisição de painéis para auxiliar a visualização de imagens.
-Variedade de saberes	- Humano: disponibilidade da equipe envolvida; -Econômicos: Confeção de panfletos, cartilhas e cartazes. Aquisição de painéis para auxiliar a visualização de imagens.

Fonte: Autoria própria (2014)

3.8 Análise da Viabilidade do Plano

A ESF Sette de Barros I não é a controladora de todos os recursos necessários, então foram identificados os atores controladores e seu provável posicionamento diante do projeto, a fim de se traçar estratégias favoráveis à sua execução, o que pode ser melhor visualizado no quadro 4.

Quadro 4- Proposta de ação para motivação dos atores

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos	
		Quem controla	Motivação
-Flexibilizar para melhorar.	-Organizacional: Agenda previamente definida para realização das atividades do grupo Hiperdia. -Político: Apoio da gestão	Secretaria Municipal de Saúde; Coordenador Geral dos PSFs	Favorável
-Dialogando nós entendemos	- Humano: disponibilidade da equipe envolvida; -Econômicos: Confeção de panfletos, cartilhas e cartazes. Aquisição de painéis para auxiliar a visualização de imagens.	Secretaria Municipal de Saúde; Coordenador Geral dos PSFs; Equipe envolvida.	Favorável
-Variedade de saberes	- Humano: disponibilidade da equipe envolvida; -Econômicos: Confeção de panfletos, cartilhas e cartazes. Aquisição de painéis para auxiliar a visualização de imagens.	Secretaria Municipal de Saúde; Coordenador Geral dos PSFs; Equipe envolvida.	Favorável

Fonte: Autoria própria (2014)

3.9 Elaboração do Plano Operativo

Foram designados os profissionais envolvidos em cada atividade e estabelecido um prazo de seis meses para averiguar os resultados. Os quadros 5 e 6 apresentam a elaboração do Plano de Intervenção.

Quadro 5 – Agenda do Hiperdia e profissionais envolvidos

MÊS /2014	1ª semana – Terça-feira de 8 às 11 horas	2ª semana – Segunda-feira de 14 às 17 horas	3ª semana – Quinta-feira de 8 às 11horas	4ª semana - Quarta-feira de 14 às 17 horas
Julho	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF e ACS*	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Psicólogo	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Educador Físico	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Nutricionista
Agosto	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Psicólogo	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Educador Físico	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Nutricionista	Enfermeiro, Médico do PSF, Técnico de Enfermagem, ACS* e Odontólogo
Setembro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Educador Físico	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Nutricionista	Enfermeiro, Médico do PSF, Técnico de Enfermagem, ACS* e Odontólogo	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Fisioterapeuta
Outubro	Enfermeiro,	Enfermeiro,	Enfermeiro,	Enfermeiro,

	Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Nutricionista	Médico do PSF, Técnico de Enfermagem, ACS* e Odontólogo	Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Fisioterapeuta	Técnico de Enfermagem, Médico do PSF e ACS*
Novembro	Enfermeiro, Médico do PSF, Técnico de Enfermagem, ACS* e Odontólogo	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Fisioterapeuta	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF e ACS*	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Psicólogo
Dezembro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Fisioterapeuta	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF e ACS*	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Psicólogo	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico do PSF, ACS* e Educador Físico

*Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Autoria própria (2014)

Quadro 6 – Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Prazo
Flexibilizar para melhorar	- população hipertensa participando mais e com maior	-Maior disponibilidade de horários para frequentar o grupo	Apresentação do projeto para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	01 mês para organizar e implementar a agenda

	frequência do Hiperdia		e Coordenador Geral dos PSFs	
Dialogando nós entendemos	-Paciente aprendendo mais sobre seu autocuidado	-Palestras dialogadas educativas nos grupos	Apresentação do projeto para a SMS, Coordenador Geral dos PSFs e todos os profissionais da ESF.	01 mês para confecção de panfletos e cartilhas e para a capacitação da equipe.
Variedade de saberes	Mais interesse do paciente na participação nos grupos e maior aquisição de informações pelo mesmo	-Palestras com temas sugeridos pelos pacientes.	Apresentação do projeto para a SMS, Coordenador Geral dos PSFs e todos os profissionais da ESF.	01 mês para confecção de panfletos e cartilhas e para a capacitação da equipe

Fonte: Autoria própria (2014)

3.10 Gestão do Plano

A gestão do plano foi elaborada com o objetivo de auxiliar na coordenação e acompanhamento da execução das operações traçadas. A previsão é de que o quadro 7 (acompanhamento do plano de ação) seja preenchido em 06 de julho de 2014.

Quadro 7- Acompanhamento do plano de ação

Operação/ Projeto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa
-Flexibilizar para	Médica	01 mês	Atendido	O projeto já foi

melhorar.		Márcia			implementado
-Dialogando nós entendemos		Médica Márcia	01 mês	Atendido	O projeto já foi implementado
-Variedade de saberes		Médica Márcia	01 mês	Atendido	O projeto já foi implementado

Fonte: Autoria própria (2014)

O quadro representa o monitoramento dos resultados, para que, se necessário, sejam feitas as alterações necessárias.

Quadro 8 - Resultados: Número de pacientes que compareceram ao grupo Hiperdia em cada semana

Mês/2014	1ª semana - Terça-feira de 8 às 11 horas	2ª semana - Segunda- feira de 14 às 17 horas	3ª semana - Quinta-feira de 8 às 11horas	4ª semana - Quarta-feira de 14 às 17 horas
Julho	15 pacientes	12 pacientes	16 pacientes	10 pacientes
Agosto	22 pacientes	8 pacientes	12 pacientes	15 pacientes
Setembro	14 pacientes	15 pacientes	9 pacientes	5 pacientes
Outubro	11 pacientes	15 pacientes	12 pacientes	14 pacientes
Novembro	16 pacientes	14 pacientes	18 pacientes	12 pacientes
Dezembro	10 pacientes	11 pacientes	0 (não houve grupo)	7 pacientes

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi exposto, o Programa Hiperdia contribui para a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Diante disso, é evidente a importância deste, no acompanhamento em Unidades Ambulatoriais, oferecendo assim a população, uma melhoria na qualidade de vida.

A partir dessas considerações, a equipe da ESF Sette de Barros I, no município de Ponte Nova, Minas Gerais, visa implantar o projeto de intervenção de modo contínuo e estimular a corresponsabilidade dos usuários e da gestão local. Para desenvolver o plano de ação de maneira plena, é necessário o envolvimento não apenas dos profissionais da UBS, mas também dos pacientes da área de abrangência, para que haja aumento da participação e a regularidade da frequência, no grupo Hiperdia, pelos pacientes hipertensos. Este trabalho, portanto, é apenas o começo de uma trilha a ser percorrida, onde espera-se que haja envolvimento de todos, na busca de um melhor controle pressórico e de obtenção de informações para que se tenha um satisfatório autocuidado.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A.B.B.I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Revista Psicólogo inFormação**, n.14, 2010.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo, 1998.

BORNHEIM, G. A. **Dialética: Teoria e práxis: Ensaio para uma crítica da fundamentação ontológica da Dialética**. Porto Alegre, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família**. Brasília, v. 1 a 4, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Síntese do diagnóstico situacional a equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: **Planejamento e avaliação das ações em saúde**, Belo Horizonte, 2ª ed., 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo, 1995.

FARIA, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde**, Belo Horizonte, Oficina 2, 2011.

GAYOTTO, M.L. et al. **Líder de mudança e grupo operativo**. Petrópolis, 1996.

IBGE, **Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2012/2013**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=315210>> Acesso em: 19 de maio de 2014.

NOBRE, F. et al. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo, 2001.

PAULA, G. C. C. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Goiânia, 2010.

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.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, n.15, supl.2, p.7-14, 1999.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**, Rio de Janeiro, 1993.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**, São Paulo, 1999.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas educativas em atenção básica à saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte, 2009.

WHO (World Health Organization). **World Health Statistics**, 2012.

ZIMERMAN, D. E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre, 1997.