

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

**TERESA REGINA MENDONÇA GOMES**

**REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS HIPERTENSOS DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA ANGELICA DE CASTRO:  
MUDANÇA COMPORTAMENTAL, COMO APOIAR?**

**BOM DESPACHO – MG**

**2013**

**TERESA REGINA MENDONÇA GOMES**

**REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS HIPERTENSOS DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA ANGELICA DE CASTRO:  
MUDANÇA COMPORTAMENTAL, COMO APOIAR?**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Valéria Tassara

**BOM DESPACHO – MG**

**2013**

**TERESA REGINA MENDONÇA GOMES**

**REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS HIPERTENSOS DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA ANGÉLICA DE CASTRO:  
MUDANÇA COMPORTAMENTAL, COMO APOIAR?**

Banca Examinadora

Profa. Valéria Tassara - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 06/02/ 2014

## **AGRADECIMENTOS**

À toda comunidade e equipe da UBS Maria Angélica de Castro, pelo seu carinho e ajuda na minha formação profissional.

À minha família pelo apoio e compreensão.

À minha orientadora, professora Valeria Tassara pela ajuda e paciência.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Monte e a equipe de trabalho do Centro Viva Vida/Hiperdia de Santo Antônio do Monte, pelo apoio.

## RESUMO

Após diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde Maria Angélica de Castro vários problemas foram detectados, foi escolhido como prioritário o controle de hipertensos, onde o risco cardiovascular encontrava-se aumentado. Segundo Linha-guia de hipertensão e diabetes 25% dos hipertensos são de alto risco. Na UBS Maria Angélica de Castro a taxa encontrada foi de 40%, devido principalmente à dislipidemia, tabagismo e sedentarismo. Os “nós” críticos foram: estilo e hábitos de vida, processo de trabalho da equipe, nível de informação e desinteresse pelo acompanhamento do tratamento. Comportamentos e estilos de vida não saudáveis contribuem para a mortalidade cardiovascular, acidente vascular cerebral (AVC), doenças respiratórias, acidentes e diabetes. O objetivo deste estudo foi elaborar um plano de intervenção com a finalidade de buscar estratégias para diminuir os fatores de riscos cardiovasculares dos hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Maria Angélica de Castro. Foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de levantar o que existe já publicado sobre o tema proposto. Concluiu-se que fazer mudança de comportamento e desenvolver autocuidado é necessário um grande investimento pessoal do paciente para que isso ocorra e que a equipe de saúde deve ser capacitada para trabalhar com técnicas motivacionais e compreender que os resultados são a longo prazo.

**Descritores:** Autocuidado. Hipertensão. Estilo de vida. Doenças crônicas.

## ABSTRACT

After diagnosis of basic health Unit situational Maria Angélica de Castro several problems were detected, was chosen as a priority the control of hypertensive, where cardiovascular risk was increased. Second guideline of hypertension and diabetes 25% of hypertensive patients are high-risk. On UBS Maria Angélica de Castro the rate was 40%, mainly due to Dyslipidemia, smoking and sedentary lifestyle. The "we" were critical: style and habits of life, teamwork process, level of information and lack of interest by the monitoring of treatment. Behaviors and unhealthy lifestyles contribute to cardiovascular mortality, stroke (CVA), respiratory diseases, accidents, and diabetes. The objective this study was to develop a contingency plan for seeking strategies to decrease cardiovascular risk factors of hypertensive spanning area residents basic health unit Maria Angélica de Castro. Bibliographical research was performed in the Virtual Health Library in order to lift what is already published on the topic proposed. It is concluded that make behavior change and develop self-care is necessary a large personal investment of the patient for this to occur and that the team must able to work with motivational techniques and understand the results are long-term.

**Descriptors:** Self-care. Lifestyle. Hypertension. Chronic diseases.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDAPS	Plano diretor Atenção Primaria de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>14</b>
<b>PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O município de Santo Antônio do Monte é uma cidade do centro-oeste mineiro. Integra a sua rede atenção primária à saúde oito equipes de Saúde da Família, sendo seis situadas na zona urbana e duas na zona rural. Segundo o Censo de 2010, a população total do município é de 25.975 habitantes (IBGE, 2010). A cidade tem na indústria de fogos de artifício que é a sua principal atividade econômica.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Angélica de Castro situa-se na periferia da cidade. Foi implantada em 1997, sendo a primeira equipe de saúde da família implantada no município. A área de abrangência da UBS é constituída de 4132 pessoas cadastradas (1197 famílias). Possui cadastrado de 428 hipertensos e 66 diabéticos. No território predomina uma população constituída de adulto jovem, e um grande número de crianças e adolescentes.

Após diagnóstico situacional da população adscrita à UBS Maria Angélica de Castro vários problemas foram detectados, sendo escolhido como prioritário o controle de hipertensos, onde o risco cardiovascular encontrava-se aumentado. Segundo Linha-guia de hipertensão e diabetes (MINAS GERAIS, 2006) 25% dos hipertensos são de alto risco. Na UBS Maria Angélica de Castro a taxa encontrada foi de 40%, devido principalmente à dislipidemia, tabagismo e sedentarismo. Os “nós” críticos identificados foram: estilo e hábitos de Vida, processo de trabalho da equipe, nível de informação e desinteresse da população.

A maior dificuldade encontrada pela equipe estar em promover autocuidado apoiado, já que não fomos qualificados para tal. Apenas panfletos, palestras e orientações individuais não modificam comportamentos. Os questionamentos são sempre os mesmos como ajudar quem não quer ajuda e não adere ao tratamento.

Segundo Cavalcanti no manual de autocuidado apoiado (CURITIBA, 2012) conhecer não significa mudar, depende da motivação e esta engloba vários estágios. Para cada estágio é necessário um plano de ação.

Ações do autocuidado são voluntárias e intencionais, envolvendo a tomada de decisões e a capacidade ou o poder de engajar-se no cuidado de si, sendo afetadas por fatores básicos como idade, sexo, estado de desenvolvimento e saúde, orientação sociocultural e fatores do sistema de atendimento de saúde (BUB *et al.*, 2006).

Considerando que o trabalho da equipe é de suma importância para a adesão de mudanças nos usuários da UBS e que a falta de capacitação dos profissionais das equipes em metodologias que possam ajudá-los na promoção do autocuidado do portador de hipertensão arterial sistêmica e por consequência mudanças de comportamento, reafirma-se a necessidade de elaborar um plano de intervenção para o alcance desta finalidade.

## 2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) uma pesquisa realizada em 2012 revelou que 24,3% da população adulta no Brasil têm hipertensão arterial, sendo que em maiores de 65 anos, 59,2% se declararam hipertensos contra 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos.

Segundo Linha-guia de hipertensão e diabetes (MINAS GERAIS, 2006) 25% dos hipertensos são de alto risco. Na UBS Maria Angélica de Castro a taxa encontrada foi de 40%, devido principalmente à dislipidemia, tabagismo e sedentarismo.

De 428 hipertensos cadastrados na UBS Maria Angélica de Castro, 50 são tabagistas, 200 são portadores de dislipidemia e 35 tem diabetes.

Comportamentos e estilos de vida não saudável contribuem para a mortalidade cardiovascular, acidente vascular cerebral (AVC), doenças respiratórias, acidentes e diabetes. Esses fatores foram responsáveis por 40% das mortes nos Estados Unidos. (MENDES, 2012).

No Brasil dados registrados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) mostraram que 72% dos óbitos ocorridos foram por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A UBS Maria Angélica de Castro apresenta um índice elevado de hipertensos de alto risco o que os coloca expostos a fatores de risco modificáveis, que se forem controlados poderão melhorar a qualidade de vida desses cidadãos e assim aumentar as chances de viverem mais.

Justifica-se, portanto, a importância da realização deste trabalho para a equipe de saúde e para os usuários da UBS onde atuou.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção com a finalidade de buscar estratégias para diminuir os fatores de riscos cardiovasculares dos hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Maria Angélica de Castro do município de Santo Antônio do Monte.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado na modalidade de revisão bibliográfica narrativa, onde a busca de fontes não é pré-determinada e específica, sendo bastante apropriada para descrever a história ou desenvolvimento de um problema e seu gerenciamento, bem como para discutir o assunto do ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

Foram realizadas consultas na Biblioteca Virtual em Saúde e, em especial, nos bancos de dados, LILACS, Medline, Pubmed, ScIELO, Biblioteca Virtual do NESCON, publicações da Secretaria Estadual de Saúde e Manuais do Ministério da Saúde, no período de março a outubro de 2013.

A busca se deu por meio dos seguintes descritores:

Autocuidado.

Estilo de vida.

Hipertensão.

Doenças crônicas.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão arterial

Segundo VI diretriz brasileira de hipertensão (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Dos casos de HAS, aproximadamente 90% são do tipo primário, cuja etiologia é desconhecida. Se não detectada precocemente, a hipertensão poderá ocasionar uma série de distúrbios, levando a lesões de órgãos vitais como coração, cérebro e rins (OLIVEIRA, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera hipertensão arterial uma pressão sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg (FREITAS *et al.*,2011),

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da doença são frequentemente negligenciados. A HAS é conhecida como a “inimiga silenciosa” por ser na maior parte do seu curso, assintomática (BRASIL, 2009).

Para a tomada da decisão terapêutica é necessária a estratificação do risco cardiovascular global, que levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e das doenças cardiovasculares, conforme relata VI diretriz brasileira de hipertensão (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O tratamento pode ser medicamentoso e não medicamentoso. O não medicamentoso está intimamente ligado a mudanças de hábitos de vida: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo. Estas estratégias se referem a atividades de autocuidado que, devem ser orientadas por profissionais e precisam ser realizadas para a efetivação do controle dos níveis pressóricos (FREITAS, SKORK e SOUZA, 2011).

O processo educativo é uma tecnologia básica que busca a adesão ao tratamento através de recursos disponíveis para orientação, educação e motivação para a mudança de comportamento e por consequência a efetivação do autocuidado (SILVA *et al.*,2012).

## **5.2 Prevalência das doenças crônicas e hábitos de vida não saudáveis**

O acompanhamento das doenças crônicas são importâncias, devido seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas para o resto da vida. Estima-se que 40% das aposentadorias precoces no país são geradas por doenças crônicas e que 60 a 80% dos casos podem ser tratados na atenção primária (LOPES, *et al.*, 2008).

No Brasil dados registrados pelo Ministério da Saúde em 2009 mostraram que 72% dos óbitos foram por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A HAS se destaca, dentro do universo das doenças crônicas, devido contínua e elevada taxa de morbimortalidade, correlação com outras formas de adoecimento (insuficiência renal crônica, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio), impacto socioeconômico devido aos custos com tratamento e internações, limitação da condição de vida e todo o processo de adesão ao tratamento (BOAVENTURA; GUANDALINI, 2007).

O estilo de vida com hábitos não saudáveis favorecem o aparecimento da doença e agravam os já instalados. A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Segundo Mendes (2012) padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas nos diferentes ciclos da vida.

Mendes (2012, p. 182) comentando sobre a cronicidade das doenças diz

[...] muitos crêem que se as pessoas desenvolvem condições crônicas em função de comportamentos ou de estilo de vida inadequados, tornam-se responsáveis por suas enfermidades. Contudo, como adverte a Organização Mundial de Saúde, a responsabilidade individual só pode ser imputada quando os indivíduos têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde não cabendo a vitimização dos portadores de doenças crônicas.

### **5.3 Autocuidado e PSF**

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) afirma que o autocuidado deve ser altamente considerado em todo o processo de estruturação e execução dos serviços de saúde, incluindo, sobretudo, na atenção primária à saúde.

A atenção primária tem por princípio o dever de promover ações nas comunidades voltadas a melhoria da qualidade de vida, com estímulo a mudança comportamental e autocuidado apoiado. Mas como fazer? Observa-se que os antigos métodos (panfletos, grupos e orientações individuais) não são resolutivos, dependem do interesse do usuário e, as equipes não estão preparadas para estimular as mudanças e ficam desmotivadas com a falta de resultado (CURITIBA, 2012).

O usuário do sistema de saúde não está despertado para autocuidar-se na perspectiva de prevenção de enfermidades e promoção da saúde, assim como do controle das enfermidades crônicas. Ele tem ainda uma atitude muito passiva e de submissão em relação à sua saúde (SILVA *et al.*, 2013).



LOPES *et al.* (2008) relata que Dorotea Orem descreveu o autocuidado como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Não significa “estar bem” o tempo todo, mas sim acolher os confortos e desconfortos, ver as causas e escolher agir ou não sobre elas.

Segundo Mendes (2012, p. 296) o autocuidado é fundamental no gerenciamento da condição crônica:

[...] objetiva preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de: ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde; uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento; organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.

O autocuidado, além de baixo custo, é capaz de gerar nos usuários tomadas de consciência fundamentais para a eficácia do seu tratamento.

A família deve ser considerada objeto importante da intervenção dos profissionais de saúde, uma vez que esta contribui, de forma direta, na construção de significados de saúde, doença e cuidado do indivíduo, influenciando assim seus hábitos de vida e atitudes para o autocuidado (LOPES *et al.*, 2008).

Diariamente os profissionais de saúde orientam as pessoas assumirem o cuidado de si, por meio de condutas saudáveis, durante os atendimentos individuais e coletivos nos diferentes espaços dos serviços de saúde. A sistematização desse processo pode favorecer a adesão das pessoas às mudanças necessárias ao seu estilo de vida. Para isso, a equipe de saúde pode se orientar pela **Técnica dos Cinco “A’s”** – avalie, aconselhe acorde (pactue), assista e acompanhe (CURITIBA, 2012).

A seguir apresenta-se a técnica dos cinco “A’s” da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

<b>Técnica dos Cinco “A’s”</b>	
<b>Avalie</b>	Avalie o conhecimento e as idéias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
<b>Aconselhe</b>	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ela entendeu das recomendações feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas
<b>Acorde (Pactue)</b>	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
<b>Assista</b>	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequações dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio.
<b>Acompanhe</b>	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

#### **5.4 Mudanças comportamentais**

Mudar comportamento das pessoas é uma tarefa complexa que exige o domínio, pelos profissionais das equipes de saúde da família, de diferentes abordagens que apresentam evidências de que são úteis.

As mudanças nos hábitos diários são processos e, como tal, exigem um período de maturação. Neste raciocínio, entende-se que o processo de adoção de hábitos mais saudáveis, bem como do autocuidado apoiado pelos usuários não se inicia e nem se finda em curto prazo.

Para o uso de técnicas de mudança comportamental é fundamental a capacitação de todos profissionais envolvidos, dúvidas e dificuldades irão ocorrer, já que são técnicas complexas, mas o aprendizado contínuo e compartilhado ajudará em sua implantação e na obtenção de resultados exitosos. Com a capacitação dos profissionais da área de saúde os mesmos podem atuar como difusores do conhecimento, tanto entre si, quanto com os usuários. Será possível corresponder aos atributos da qualidade do cuidado em saúde (FARIAS *et al.*, 2010).

Existem várias abordagens para mudança comportamental, mas as mais utilizadas nas equipes de Saúde da família são: entrevista motivacional, modelo transteórico de mudança e grupos operativos (MENDES, 2012).

A entrevista motivacional tem foco na mudança de comportamentos das pessoas, especialmente aquelas que não desejam mudar ou fazer um tratamento ou, ainda, que estejam numa situação de ambivalência entre mudar e não mudar. Pode ser feita numa única entrevista, mas é mais comum que seja realizada num conjunto de 4 a 5 encontros individuais (MENDES, 2012).

Na entrevista motivacional utilizam-se três habilidades da comunicação: **perguntar, escutar e informar**. Quando a pessoa já integrou a mudança ao seu estilo de vida, percebe-se que ela apresenta-se muito confiante na manutenção do processo, não apresenta deslizes frequentes e, quando estes ocorrem, retoma o processo naturalmente, pode-se considerar que o comportamento atual é duradouro e que o processo de mudança terminou. O comportamento novo passa a ser o padrão e várias outras mudanças são assumidas para preservá-lo (CURITIBA, 2012).

A entrevista motivacional fundamenta-se em cinco princípios descritos por MENDES (2012, p. 211):

[...] expressar empatia (compreender e aceitar as experiências das pessoas), desenvolver discrepância (atitude profissional de fortalecer a consciência da pessoa usuária da inconsistência entre seus comportamentos não saudáveis e as suas metas e os seus valores pra motivá-la para a mudança), evitar discussões (evitar confrontações diretas sobre a conveniência e a utilidade da

mudança), fluir com a resistência (atitude profissional de não se opor diretamente a quaisquer resistências colocadas pela pessoa usuária) e apoiar a autoeficácia (atitude profissional de manter e expressar a crença de que a pessoa usuária tem a possibilidade de mudar, enfatizando a habilidade da pessoa em escolher e levar adiante um plano de mudança comportamental).

A utilização de escalas é importante para falar da mudança e para evocar os diálogos sobre mudança. Em geral, utilizam-se escalas de 0 a 10, especialmente sobre a importância de mudar e sobre o grau de confiança em obter sucesso na mudança. Essas escalas são úteis para a orientação das estratégias de mudança e para o estabelecimento de uma agenda entre o profissional e a pessoa usuária (CURITIBA, 2012).

O modelo Transteórico, também chamado de teoria de estágios de mudança, descreve a mudança de comportamento como um processo no qual os indivíduos progredem, através de uma série de fases discretas ou estágios de mudança. O modelo transteórico de mudança visa a decisão das pessoas focada nas influências biológicas ou sociais do comportamento (ASSIS *et al.*, 1999).

A decisão das mudanças é vista em estágios, segundo Prochaska e Di-Clemente (CURITIBA, 2012)

- Pré-contemplação (uma etapa de negação, sem reconhecimento do problema);
- Contemplação (reconhece o problema, mas é ambivalente),
- Preparação: (planejamento para a mudança, início de algumas mudanças e construção de alternativas);
- Ação: (as mudanças ocorrem e os novos comportamentos aparecem; mudando numa ação específica);
- Manutenção: (os novos comportamentos continuam com confiança crescente e a superação das barreiras);
- Relapso: (falha na manutenção, recaída, retorno ao comportamento antigo, volta a um estágio).

Para que uma intervenção seja bem-sucedida ela deve incidir sobre o estágio apropriado em que a pessoa se encontra:

[...] nos estágios de pré-contemplação e contemplação, com o objetivo de trabalhar a motivação e a ambivalência, indicam-se a entrevista motivacional e os grupos operativos, no estágio de preparação, com o objetivo de mudar comportamento, indicam-se, também, a entrevista motivacional e os grupos operativos. No estágio de ação, com objetivos ligados à cognição e a aquisição de habilidades, indicam-se os grupos operativos, palestras, oficinas. No estágio de manutenção, com objetivos cognitivos e de aquisição de habilidades, indicam-se palestras e oficinas (MENDES, 2012, p. 215).

No caso de deslizes e recaídas, o profissional deve auxiliar a pessoa a renovar os processos de contemplação, determinação e ação, sem tornar-se culpada, imobilizada ou desmoralizada; avaliando de forma objetiva o fato e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações (CURITIBA, 2012).

Em relação aos grupos operativos, a sua sistematização foi feita por Pichon-Riviére desde 1945, que definiu grupo operativo como *"um conjunto de pessoas com um objetivo em comum"* (DIAS, 2006, p. 1).

Os grupos operativos trabalham na dialética do ensinar-aprender; o trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, onde elas tanto aprendem como também são sujeitos do saber, mesmo que seja apenas pelo fato da sua experiência de vida; dessa forma, ao mesmo tempo em que aprendem, ensinam também (DIAS, 2006).

Pichon-Riviére define como princípios organizadores de um grupo operativo o vínculo (processo motivado que tem direção e sentido, isto é, tem um por que e um para quê) e a tarefa (conceito dinâmico que diz respeito ao modo pelo qual cada integrante interage a partir de suas próprias necessidades).

A forma de trabalhar o grupo operativo dependerá de diversos fatores, entre eles, o objetivo do grupo, público participante, preparo dos profissionais facilitadores, frequência dos encontros, instrumentos de trabalho, etc. (DIAS, 2006).

Questões relacionadas à organização do grupo, a Secretaria Municipal de Saúde (CURITIBA, 2012, p35) em seu manual sobre autocuidado apoiado, reafirma algumas diretrizes, a saber:

- Tamanho do grupo, preferência pequenos de 15 a 20 pessoas.
- Local, o espaço deve permitir acomodação de todos os participantes possibilitando que todos se vejam.
- Horários pré-estabelecidos de início e término.
- Definir o contrato de trabalho para as reuniões (horário, periodicidade, frequência).
- Definição dos facilitadores.
- Definição dos temas e tarefas.
- Papéis do integrante, alguns papéis que surgem espontaneamente nos grupos são:
  - ✓ Líder da mudança - apresenta a novidade, a proposta de mudança;
  - ✓ Líder da resistência - reage contra a novidade;
  - ✓ Porta-voz - expressa a idéia, o pensamento e o desejo do grupo num determinado momento;
  - ✓ Bode expiatório - representa as dificuldades e limitações do grupo;
  - ✓ Sabotador - sabota o trabalho do grupo com a intenção de mostrar que o novo ainda precisa ser mais discutido, isto é, amalgamado pelo grupo;
  - ✓ Representante do silêncio - mostra a necessidade do grupo de fazer silêncio, pois são nos momentos de silêncio que as reflexões e a aprendizagem do novo acontecem.

## 5.5 Trabalho com equipe multiprofissional

Segundo VI diretriz brasileira de hipertensão (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010), a abordagem multidisciplinar apresenta grau de recomendação 1 e nível de evidência A.

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educador físico, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde, entre outros.

Quando vários “olhares profissionais” se somam em prol dos usuários valoriza-se significativamente a assistência à saúde. Cada profissional com a sua especificidade é capaz de auxiliar os usuários a gerenciarem suas condições de saúde de forma positiva (MENDES, 2011).

A inclusão de usuários como elementos integrados na equipe multiprofissional que irá atendê-los cria com os mesmos compromissos para com o sucesso do tratamento, tornando-os sujeitos e não simples objetos das ações de saúde a ele dirigidas.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### Primeiro Passo: Definição dos problemas

Após diagnóstico situacional feito pela equipe de saúde da Unidade Básica de saúde Maria Angélica de Castro, os seguintes problemas foram identificados:

- 1-Hipertensos com Risco cardiovascular aumentado;
- 2-Demanda espontânea excessiva;
- 3-Baixa adesão aos grupos operativos;
- 4-Falta de área de lazer.

### Segundo Passo: Priorização de problemas

Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe da Unidade Básica de saúde Maria Angélica de Castro

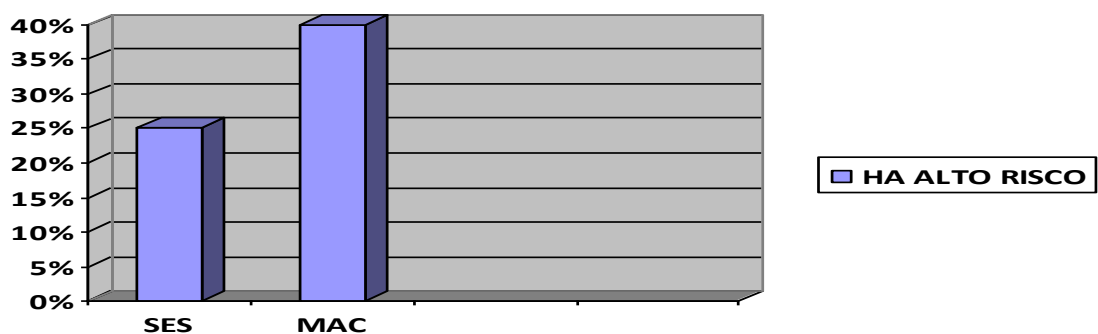
<b>Equipe Maria Angélica de Castro – Priorização dos Problemas</b>				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado em hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Demanda espontânea aumentada	Alta	5	Parcial	2
Falha de grupos operativos	Alta	5	Dentro	3
Falta de área de lazer	Alta	4	Parcial	4



O problema definido como prioridade número 1 pela Equipe Maria Angélica foi o Risco cardiovascular aumentado nos hipertensos.

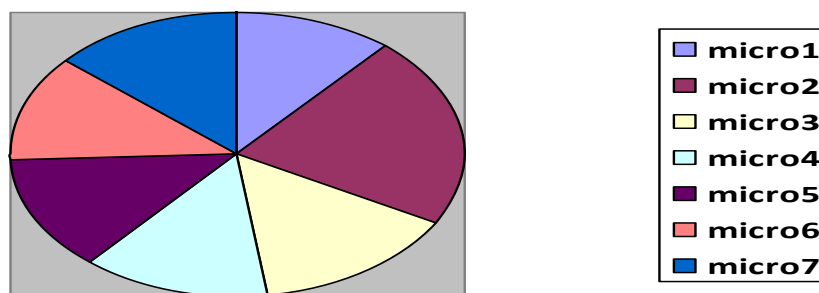
### Terceiro Passo: Descrição do problema selecionado

Segundo Linha-guia de hipertensão e diabetes (MINAS GERAIS, 2006) 25% dos hipertensos são de alto risco. Na UBS Maria Angélica de Castro a taxa encontrada foi de 40%, devido principalmente à dislipidemia, tabagismo e sedentarismo.



Fonte: Dados da equipe Maria Angélica de Castro

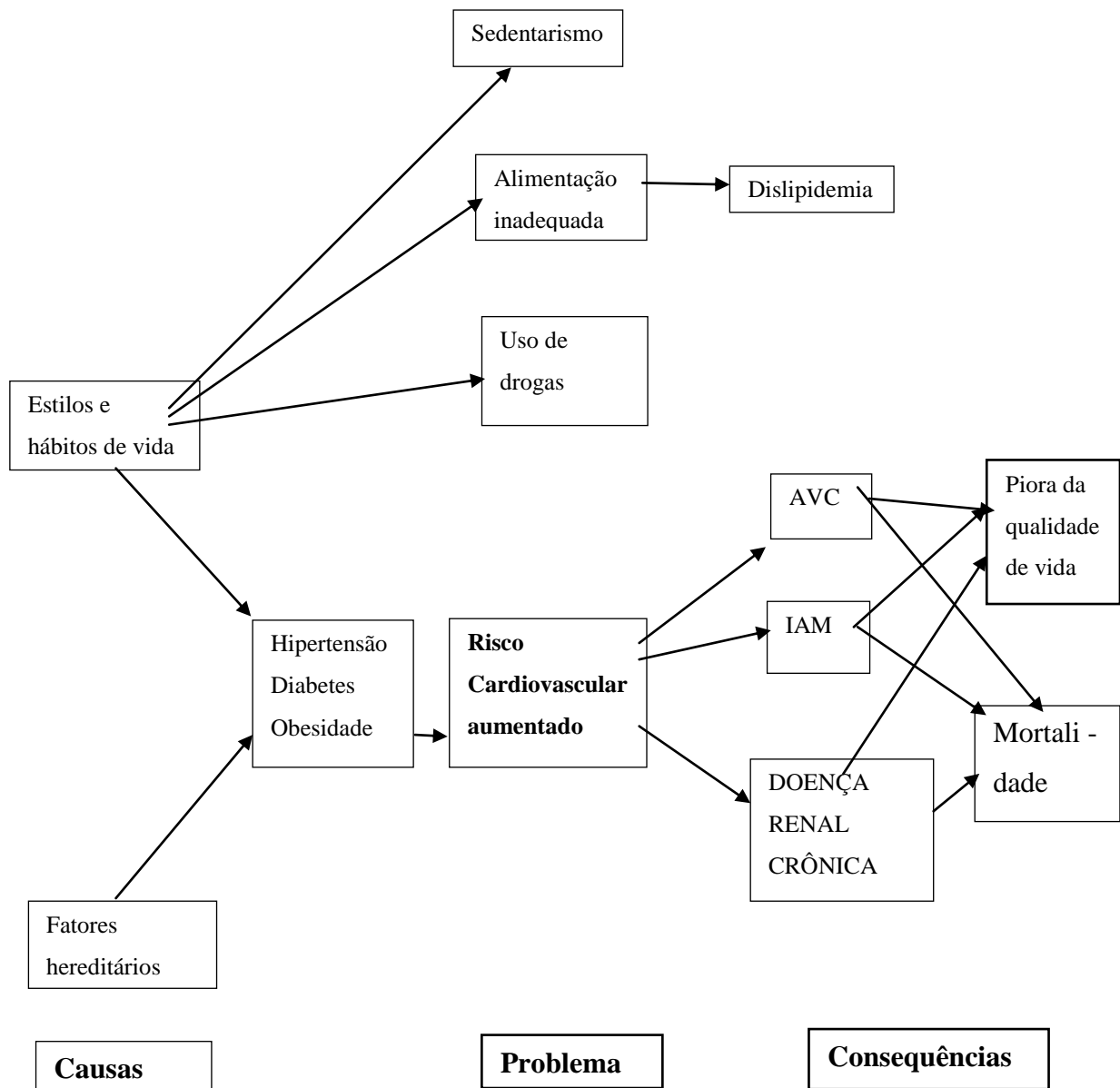
Hipertensos por microárea



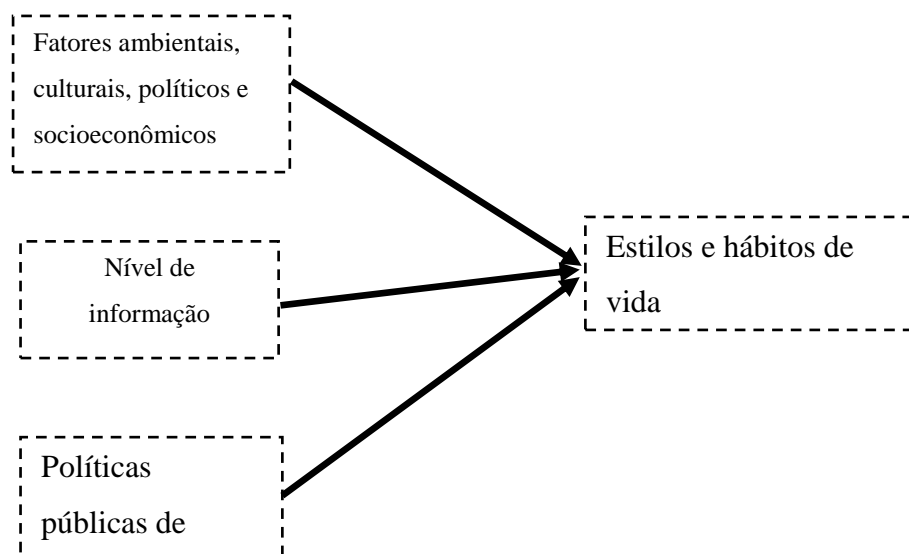
DESCRITORES	VALORES	FONTES
Hipertensos esperados	500	SES/ MG
Hipertensos cadastrados	428	SIAB
Hipertensos alto risco esperados	107	SES/MG
Hipertensos de alto risco encontrados	171	Registro da equipe
Tabagismo	50	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia	200	Registro da equipe
Diabéticos com hipertensão	35	Registro da equipe

### Quarto Passo: Explicação do problema

A explicação do Risco cardiovascular aumentado em hipertensos está sintetizada no esquema abaixo:



Fonte: Campos *et al.*(2009)



Fonte: Campos *et al.*(2009)

### **Quinto Passo: Seleção dos “nós críticos”**

O ‘nó’ crítico traz a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Foram considerados “nós críticos” pela equipe da UBS Maria Angélica de Castro:

- 1- Hábito e Estilo de vida
- 2 - Processo de trabalho da Equipe
- 3 - Nível de informação
- 4 - Desinteresse

### Sexto Passo: Desenho das operações

Desenho das operações para os “nós” críticos do problema

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO PROJETO</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>PRODUTO ESPERADO</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
<b>Nível de Informação</b>	<b>+ Educação</b> Promover educação continuada dos hipertensos	Aumentar o nível de informação dos hipertensos	-Criação de grupos de operativos, -Sala de espera	<b>Organizacionais</b> - para organizar os grupos e sala de espera <b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação. <b>Políticos</b> – articulação intersetorial e mobilização social. <b>Financeiro</b> - para aquisição de lanches, brindes, panfletos

<p><b>Hábitos e estilos de vida inadequados</b></p>	<p><b>+ Vida</b></p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Diminuir de 40% para 25 % dos hipertensos com risco cardiovascular aumentado</p>	<p>Trabalho com equipe multiprofissional</p> <p>Ações de acordo com estágio de mudança (Modelo transteórico)</p>	<p><b>Organizacionais -</b> para organizar atividades físicas, orientações nutricionais, atendimentos compartilhados e Grupos operativos</p> <p><b>Cognitivo -</b> informações sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Políticos –</b> articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><b>Financeiro -</b> para aquisição de lanches brindes, Cesta verde</p>
---	---	---	--	---

<p><b>Processo de trabalho</b> <b>Equipe MAC</b></p>	<p><b>+ Cuidado</b></p> <p>Capacitar equipe para autocuidado apoiado</p>	<p>Melhorar acompanhamento dos hipertensos</p>	<p>Autocuidado apoiado</p> <p>Educação permanente com os funcionários</p>	<p><b>Organizacionais</b> - para organizar os treinamentos</p> <p><b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Políticos</b> - articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><b>Financeiro</b>- para aquisição de lanches, brindes, apostilas.</p>
<p><b>Desinteresse</b></p>	<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a forma de trabalho com os hipertensos</p>	<p>Equipe e usuários mais motivados</p>	<p>Capacitação de toda a equipe, para lidar com o desinteresse dos hipertensos</p> <p>Entrevista motivacional</p> <p>Visita domiciliar de melhor qualidade</p>	<p><b>Organizacionais</b> - para organizar os grupos.</p> <p><b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Políticos</b>—articulação intersetorial e mobilização social</p> <p><b>Financeiro</b> - para aquisição de lanches, brindes</p>

### Sétimo Passo: Identificação dos recursos críticos

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
<b>+ Educação</b>	<p><b>Organizacionais</b> - para organizar os grupos.</p> <p><b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Políticos</b> - articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><b>Financeiro</b> - para aquisição de lanches, brindes, panfletos</p>
<b>+ Vida</b>	<p><b>Organizacionais</b> - para organizar atividades físicas, orientações nutricionais, atendimentos compartilhados e Grupos operativos</p> <p><b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Políticos</b> - articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><b>Financeiro</b> - para aquisição de lanches, brindes. Cesta verde</p>

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
<b>+ Cuidado</b>	<p><b>Organizacionais</b> - para organizar os treinamentos.</p> <p><b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Políticos</b> - articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p><b>Financeiro</b> - para aquisição de material educativo.</p>
<b>Cuidar melhor</b>	<p><b>Organizacionais</b> - para organizar os grupos.</p> <p><b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Políticos</b> articulação intersetorial e mobilização social</p> <p><b>Financeiro</b> - para aquisição de lanches, brindes</p>



### Oitavo Passo: Análise de viabilidade do plano

Proposta de ações para a motivação dos atores

OPERAÇÕES/PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		Ator que Controla	Motivação	
<b>+ Educação</b> Promover educação continuada do hipertenso	<b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação. <b>Políticos</b> - articulação intersetorial e mobilização social.	Secretaria de saúde/ Equipe do PSF	Favorável	Não é necessária
<b>+ Vida</b> Modificar hábitos e estilos de vida	<b>Cognitivo</b> - informações sobre o tema e estratégias de comunicação. <b>Políticos</b> - articulação intersetorial e mobilização social.	Equipe do PSF/secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		Ator que Controla	Motivação	
<b>+ Cuidado</b> Implantar a linha guia do PDAPS dos hipertensos e diabetes	Organizacionais - para organizar os treinamentos Cognitivo - informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Políticos - articulação intersectorial e mobilização social. Financeiro - para aquisição de material educativo	Secretaria de saúde/ Coordenaçã o do PSF / Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Cuidar melhor</b>  Melhorar a forma de trabalho com os hipertensos	Cognitivo - informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiro - para aquisição de lanches, brindes	Secretaria de saúde/ Coordenaçã o do PSF / Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária

## Nono Passo: Elaboração do plano operativo

### Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO
<b>+ Educação</b> Promover educação continuada dos hipertensos	Aumentar o nível de informação dos hipertensos	-Criação de grupos de operativos -Sala de espera	Liliane e Teresa	Imediato
<b>+ Vida</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir de 40% para 25 % dos hipertensos com risco cardiovascular aumentado	-Trabalho com equipe multiprofissional -Ações de acordo com estágio de mudança (Modelo transteórico)	Juliana, Liliane e Isabela	2 meses
<b>+ Cuidado</b> Implantar a linha guia do PDAPS da Hipertensão e diabetes	Melhorar acompanhamento dos hipertensos	-Autocuidado apoiado -Educação permanente com os funcionários	Juliana, Liliane e Teresa	Imediato
<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a forma de trabalho com os hipertensos	Equipe e usuários mais motivados	-Capacitação de toda a equipe, para lidar com o desinteresse dos hipertensos -Entrevista motivacional -Visita domiciliar de melhor	Isabela e Juliana	2 meses

		qualidade		
--	--	-----------	--	--

### Décimo Passo: Gestão do plano

Planilha para acompanhamento de projetos

#### + Educação

Coordenação –Liliane- avaliação após 1 ano					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1- Criação de grupos operativos	Teresa	Imediato			
2-Sala de espera	Liliane	Imediato			

#### + Cuidado

Coordenação Teresa -avaliação após 6 meses					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Autocuidado apoiado	Liliane	2 meses			
Educação permanente	Juliana	2 meses			

com os funcionários					
---------------------	--	--	--	--	--

### + Vida

Coordenação Juliana -Avaliação após 1 ano					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Trabalho com equipe multiprofissional	Juliana	2 meses			
Ações de acordo com estágio de mudança (modelo transteórico)	Isabela	2 meses			

**Cuidar Melhor**

Coordenação- Isabela -Avaliação após 6 meses					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1- Capacitação de toda a equipe, para lidar com o desinteresse dos hipertensos	Juliana	2 meses			
2-Entrevista motivacional	Isabela	2 meses			
3-Visita domiciliar de melhor qualidade	Liliane	2 meses			

**Diminuição dos hipertensos de alto risco cardiovascular em 1 ano.**

**Planilha de Acompanhamento**

<b>Indicadores</b>	<b>Momento atual</b>		<b>Em 6 meses</b>		<b>Em 1 ano</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Hipertensos cadastrados						
Hipertensos de alto risco						
Dislipidemia						
Tabagismo						
Sedentarismo						

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os autores estudados destacaram a importância da mudança dos hábitos de vida e da incorporação de exercícios físicos para controle das doenças crônicas e ressaltam a importância do autocuidado como uma prática a ser desenvolvida pelo indivíduo para o seu próprio benefício.

A mudança comportamental é possível, mas para isso aconteça, a equipe tem que ser capacitada em autocuidado apoiado e em técnicas de mudanças comportamentais (como entrevista motivacional, método transteórico e grupos operativos) e trabalhar com uma equipe multiprofissional; mudando o foco da doença para uma visão holística.

Promover o autocuidado é fundamental em todo o processo de estruturação e execução dos serviços de saúde, principalmente na atenção primária à saúde, mas ele não se inicia e nem se finda em curto prazo. A atenção primária deve apoiar a mudança comportamental, favorecer a adesão, ajudar nas recaídas e resolução dos problemas.

A equipe de saúde deve sempre manter-se motivada, lembrando que quanto mais longo for o tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito.



## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. A. A. D.; Nahas, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 12, n. 1, abr. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52731999000100003&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52731999000100003&lng=pt&nrm=isso) (Acesso em 25, outubro, 2013)

BOAVENTURA, G. A.; GUANDALINI, V. R. Prevalência de hipertensão arterial e presença de excesso de peso em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de nutrição na cidade de São Carlos-SP. **Alimentos e nutrição Araraquara**. v.18, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewArticle/179>> (Acesso em 17 setembro, 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Série B. **Textos Básicos de saúde** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf) > (Acesso em 5 junho, 2013).

BRASIL. Ministério da saúde. **Agência Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-11-05/numero-de-hipertensos-permanece-estavel-no-pais-indica-pesquisa-do-ministerio-da-saude>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Informe Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>. (Acesso em 6 junho, 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação atenção básica (SIAB). 2012.

BUB, M.B.C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto enferm**. Florianópolis, v. 15, n. esp., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>

CAMPOS, F.C. C. *et al.* Planejamento e avaliação das ações em saúde 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Manual Autocuidado apoiado. Curitiba, 2012. Disponível em : [http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/11/manual\\_autocuidado\\_curitiba.pdf](http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/11/manual_autocuidado_curitiba.pdf) (acesso 10 junho,2013).

DIAS, R. B.; CASTRO, F. M. **Grupos operativos**. Grupo de Estudos em Saúde da Família.AMMFC.Belo Horizonte,2006.Disponível em:<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>(acesso em 30/10/2013).

FARIAS, A.K.C.R. *et al.* Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso. Porto Alegre, 2010.

FREITAS, J. G. A.; SKOREK, J.; SOUZA, R. A Estudo descritivo sobre Hipertensão Arterial sistêmica e fatores associados em uma comunidade da periferia do município de Anápolis-GO. **Pensar e Agir**. Anápolis. v. 1, 2011.

Disponível em:

<http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/pensareagir/article/view/201>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Brasil, 2010.

LOPES, M. C.L. *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Maringá. V. 10, n. 1, p. 198-211, 2008.

Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/8012> .  
(acesso em 25 junho, 2013,16: 30 horas).

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude)

(acesso em 5 junho, 2013).

MENDES E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília:OPAS,2011

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível:

<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/publicacoes/linha-guia-e-manuais>

(Acesso em 25 junho, 2013 )

OLIVEIRA T.C. Avaliação do processo Adaptativo de um idoso portador de Hipertensão arterial.**Rev.Latino-am.Enfermagem vol.10 no.4 Ribeirão Preto,2002**

Disponível em:<[http://scielo.br/scielo.php/script=sci\\_arttext&pid=S0140-11692002000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.br/scielo.php/script=sci_arttext&pid=S0140-11692002000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enferm**, São Paulo,2007,20(2), v-vi. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004> (Acesso em 30/10/2013)

SILVA, M.N *et al.* Exercício físico na diabetes: missão impossível ou uma questão de motivação? **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Lisboa, v. 32, p. 35-43, 2013. Disponível em:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255113700465>.  
(Acesso em 10 agosto, 18:00,2013).

SILVA, G.A.S *et al.* Perfil de engajamento para o autocuidado em portadores de hipertensão arterial. **Rev Rene**, São Luiz, v. 9, n. 4, 2012. Disponível em:  
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/617>  
(Acesso em 20, agosto,20:30 horas).

VI diretrizes brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Hipertensão. São Paulo,2010. Disponível em:  
[http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes\\_final.pdf](http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf) (Acesso 10 set,2013, 20:00 horas).