

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

RENATA FERREIRA DE SOUZA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA UMA MAIOR
ADESÃO AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES DO GRUPO HIPERDIA,
EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIMOEIRO DE ANADIA-AL**

MACEIÓ – AL

RENATA FERREIRA DE SOUZA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA UMA MAIOR
ADESÃO AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES DO GRUPO HIPERDIA,
EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIMOEIRO DE ANADIA-AL**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção de
certificado de especialista.

Orientadora: Prof.^a M^a das Graças M. M. Taveira

MACEIÓ – AL 2014

RENATA FERREIRA DE SOUZA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA UMA MAIOR
ADESÃO AO TRATAMENTO PELOS PACIENTES DO GRUPO HIPERDIA,
EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIMOEIRO DE ANADIA-AL**

Banca examinadora:

Prof.: M^a das Graças M. M. Taveira

Prof.^a: Divanise Suruagy Correia

Aprovado em Maceió em: 05/02/2014

AGRADEÇO

A minha orientadora, Prof. Graça Monte, pela dedicação, compromisso e paciência.

A equipe da UBS Chã do Miranda e Papa Farinha, sempre tão solícita.

RESUMO

Vários são os problemas diagnosticados nas UBS Chã do Miranda e no Posto Papa Farinha. A má adesão ao tratamento dos pacientes do grupo HIPERDIA foi escolhido como o principal, pois, sem o adequado controle destas morbidades, a qualidade de vida destes usuários é muito prejudicada, levando a vários casos de invalidez de pacientes por complicações destas patologias. Os nós críticos do problema escolhido são muitos: o não entendimento sobre a doença e a importância de se ter um bom controle pressórico e glicêmico; pacientes que não sabem ler (o que dificulta bastante na hora da tomada dos medicamentos); alguns alegam ainda que “não gostam de tomar tanto remédio”, e a falta de alguns medicamentos na unidade (captopril, hidroclorotiazida, furosemida, losartana, metformina, glibenclamida, AAS, sinvastatina entre outros. Estudos demonstram que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, enquadrados como doenças cardiovasculares, são um problema de saúde mundial. Estas patologias são responsáveis por grandes gastos anuais do governo na área de saúde, pois causam várias mortes e deixam milhares de pessoas em condições de invalidez permanente. Realizar um trabalho para a melhora desses índices de adesão torna-se extremamente necessário e imperioso. Neste cenário, surge a educação em saúde e os trabalhos em grupos como agentes transformadores desta realidade.

Palavras chaves: má adesão ao tratamento; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; educação em saúde; trabalhos em grupo.

ABSTRACT

Several problems are diagnosed in UBS Chão do Miranda and posto papa farinha. Poor adherence to treatment of patients HIPERDIA group was chosen as the primary , because without proper control of these morbidities , quality of life for these users is greatly impaired , leading to several cases of disability of patients with complications of these diseases . Critics of the chosen problem we are many: lack of understanding about the disease and the importance of having a good blood pressure and glycemic control , patients who can not read (which makes it very difficult at the time of taking medication), some still argue that " not like to take much medicine ' , and the lack of some medications in unit (captopril, hidrocloriotiazida, furosemida, losartan , metformin , glibenclamida , aspirina, sinvastatina, etc.) . Studies have shown that hypertension and diabetes mellitus, cardiovascular diseases classified as , is a worldwide health problem . These diseases are responsible for major annual government expenditure on health as they cause many deaths and leaving thousands of people in a position of permanent disability. Perform work to improve these adherence rates becomes extremely necessary and urgent. In this scenario, the surge in health and education work in groups as agents of this reality.

Key words: poor treatment adherence, hypertension, diabetes mellitus, health education, group work.

SUMÁRIO

| | pág. |
|--|-------------|
| 1. INTRODUÇÃO: APRESENTANDO O MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA | 8 |
| 1.1 Contexto de Trabalho da Equipe da Saúde da Família | 11 |
| 1.2 Diagnóstico situacional | 12 |
| 1.4 Justificativa | 13 |
| 1.5 Objetivos | 14 |
| 1.6 Métodos | 14 |
| 2. BASES CONCEITUAIS | 15 |
| 3. PROPOSTA DE AÇÃO | 17 |
| 4. CONCLUSÃO | 23 |
| REFERÊNCIAS | |

1. INTRODUÇÃO

O município de Limoeiro de Anadia está localizado na região central do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Taquarana e Coité do Nória, a sul com Junqueiro, a leste com Campo Alegre e Anadia e a oeste com Arapiraca. A área municipal ocupa 334,41 km² (1,20% de AL), inserida na 2ª macro meso-região de saúde do estado do Agreste Alagoano e na micro-região de Arapiraca.

As origens sobre a denominação da atual cidade são contadas pelos moradores mais velhos de várias formas. Dentre as quais duas se destacam. A primeira delas conta que a grande quantidade de pés de limoeiro, serviam como sombras frondosas onde descansavam os exploradores e caçadores das matas da região. Versão contestada pelo historiador Gilberto Barbosa Filho, já que os pés de limoeiro não propiciavam sombras, digamos, confortáveis, e também por existir outras árvores nativas mais adequadas para tal coisa. Já na outra versão, o nome do município é atribuído à construção - por Rodrigues da Silva - de uma capela, que a princípio seria em devoção à Santa Cruz. Com o término da construção houve o nascimento de um limoeiro ao lado da pequena capela. Diante do acontecimento, Rodrigues resolveu homenagear aquela que teria lhe mandado um sinal, colocando a dupla invocação à capela, que ficou com duplo orago: Santa Cruz e Nossa Senhora da Conceição (NASCIMENTO) do Limoeiro. Pelo povoado ter se desenvolvido próximo à capela, ficou conhecido por Limoeiro. A junção de "Anadia" à denominação atribui-se ao fato da ligação anterior à sua emancipação com este município e a uma lei 1943, que mudou a denominação acrescentando o restritivo "de Anadia". Em 1879, houve sua integração a Junqueiro.

Passou a ser vila e município através da lei nº 866 de 31 de maio 1882, sendo instalada apenas em 1883. Foi parte integrante da comarca de Alagoas (na época Marechal Deodoro) até 1883, quando passou a pertencer a Penedo. Anos depois, foi anexado à comarca de Anadia. Em 1904 passou a ter a denominação de cidade.

A região passou por profundas e diversas transformações administrativas e territoriais. Um de seus maiores prejuízos foi ter perdido, em 1929, o distrito de Arapiraca, que conseguiu superá-la economicamente, tornando-se uma das cidades mais prósperas de Alagoas. Limoeiro de Anadia destaca-se ainda por duas de suas principais festividades: a festa da padroeira e a da emancipação política, ambas atraindo muitos visitantes.

Segundo dados do DATASUS, baseados no censo de 2010 do IBGE, a população total residente no município é de 26.992 habitantes, dos quais 13.424 do sexo masculino (49,73%) e 13.568 do sexo feminino (50,26%). São 2.246 (8,32%) os habitantes da zona urbana e 24.746 (91,67%) os da zona rural.

Segundo dados do CNES o município dispõe de 26 unidades cadastradas, conforme tabela abaixo.

Tabela 1: unidades de saúde cadastradas no CNES

| UNIDADE | CADASTRO CNES |
|--|----------------------|
| CAPS de Limoeiro de Anadia | 6170714 |
| Centro de Saúde M Celina Ribeiro | 2719711 |
| NASF José Herculano da Silva | 7022476 |
| PACS Camadanta | 2007312 |
| Posto de Saúde Cajueiro | 2007738 |
| Posto de Saúde Olho D'água L Carlos | 2007290 |
| Posto de Saúde Papa Farinha | 2007339 |
| Posto de Saúde Peri Peri | 2721015 |
| Posto de Saúde Pocaó | 2007371 |
| Posto de Saúde Poço de Pedra | 2007274 |
| Posto de Saúde Timbo | 2007355 |
| Posto de Saúde Tipi | 2007347 |
| SMS de Limoeiro de Anadia | 6382207 |
| Unidade Autorizada de TDF intermunicipal | 3954056 |
| Unidade de Saúde de Família Areia Vermelha | 2007320 |

| | |
|--|---------|
| Unidade de Saúde da Família Brejo | 2007282 |
| Unidade de Saúde da Família Cacimbas | 2720329 |
| Unidade de Saúde da Família Chã do Miranda | 2007304 |
| Unidade de saúde da Família Genipapo | 2720728 |
| Unidade de Saúde de Família Miracema | 7054831 |
| Unidade de Saúde da Família Pé Leve | 2720973 |
| Unidade de Saúde da Família Pé Leve II | 6441580 |
| Unidade de Saúde da Família Urbana | 2007398 |
| Unidade de Vigilância em Saúde | 2719940 |
| Unidade de Vigilância Sanitária Limoeiro de Anadia | 2007363 |
| Unidade Mista N. Sra. Das Dores | 2007401 |

Continuação tabela 1

No município existem 5.115 domicílios particulares permanentes, dos quais 3.997 (78,10%) possuem banheiro ou sanitário e destes, apenas 08 (0,16%) possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral. Cerca de 503 (9,80%) são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 3.061 (59,80%) são abastecidos por poço ou nascente e 1.551 utilizam outras formas de abastecimento (30,30%). Apenas 1.605 (31,40%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população.

O PIB de Limoeiro de Anadia foi de US\$ 14.547.857,00 e o PIB per capita foi de US\$ 760,00 em 1998. O FPM = R\$ 2.550.642,90, o ITR = R\$ 1.853,54 e o Fundef = 2.244.324,33 (Anuário Estatístico de Alagoas – 2001). O salário médio mensal é de R\$ 185,10 (71,20% do salário mínimo nacional).

As principais atividades econômicas são o comércio e agropecuária. Atualmente conta com 42 empresas com CNPJ, atuantes (1998), ocupando 665 pessoas (2,74% da população).

1.2 CONTEXTO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O trabalho em equipe se caracteriza como um dos pilares na reorganização da atenção à saúde no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada a projetos assistenciais mais integrais e resolutivos, capazes de provocar mudança nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre a complexidade dos fatores intervenientes no processo saúde-doença da população. (COSTA et. al.,2008)

O trabalho na ESF acontece da seguinte forma: atendimento médico na UBS Chã do Miranda duas vezes por semana e, os outros dois dias na semana, de atendimento médico no Posto Papa Farinha. O dia de atendimento foi dividido desta forma, pois não há condições físicas da enfermeira e da médica atenderem no mesmo local no mesmo dia. Além disso, facilita o acesso a população. As unidades funcionam de 08:00 às 12:00 e de 13:00 às 16:00.

Não há local para atendimento da odontóloga nas unidades, por este motivo o atendimento é realizado em uma unidade no centro da cidade. Cada unidade conta com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e técnicos de enfermagem próprios. As visitas são realizadas regularmente com auxílio de um veículo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em algumas ocasiões, como em atendimentos específico dos pacientes do grupo HIPERDIA (hipertensos e diabéticos), o atendimento é realizado em igrejas ou escolas fornecidas pela comunidade devido à grande distância destes locais à unidade de saúde.

A equipe desenvolve o acolhimento ao usuário de forma contínua. Reuniões mensais para avaliação do trabalho e planejamento sempre são realizadas. Há também, o trabalho educativo com os ACSs e as técnicas de enfermagem. Realizamos ainda dias “especiais” com os grupos trabalhados (hipertensos, crianças, gestantes) com palestras, café-da-manhã, dinâmicas etc. Nas datas comemorativas, e nas datas especiais criadas pelo Ministério da Saúde, também são realizadas atividades diferenciadas.

Neste sentido, o desafio consiste na organização do trabalho que contemple a alta complexidade de saberes, a responsabilidade coletiva das ações e a efetiva interação dos recursos humanos de diferentes áreas profissionais, vislumbrando a superação das atuações fragmentadas,

mantenedoras do isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, que inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado na atenção à saúde mais integral e resolutiva. A urgência da produção de uma atenção integral, interativa e de qualidade, rompe com o modelo biomédico de formação, produzindo a transformação das práticas profissionais e da organização da rede de serviços. (COSTA et. al.,2008)

1.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Chã do Miranda e o Posto de Saúde Papa Farinha, estão localizados na zona rural. O Posto de Saúde Papa Farinha situa-se as margens da AL 220. Já a UBS Chã do Miranda está a 2 km da AL, sendo ligada a esta por uma estrada não asfaltada em más condições de conservação. O horário de funcionamento é das 8 as 17 horas. É responsável por assistir 901 famílias, 3.497 habitantes. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, 4 auxiliares de enfermagem (2 na UBS Chã do Miranda e 2 no Posto Papa Farinha), 11 agentes comunitários de saúde (ACS) (5 na UBS Chã do Miranda e no Posto Papa Farinha), um vigia, um serviços gerais e um arquivista.

A UBS é uma unidade pequena localizada em uma residência, a qual foi adaptada para funcionar adequadamente com uma equipe da ESF. O local dispõe de: um consultório; uma área que abrange o arquivo, a recepção e a pré-consulta; uma sala de observação, que no momento necessita de algumas reformas e ampliação por não se apresentar adequada para uma melhor assistência aos usuários (infiltração, pouca luminosidade); um terraço disponível para os ACS se reunirem e darem continuidade ao trabalho; uma farmácia; uma sala de vacina que serve também como sala de procedimentos. Não há consultório de dentista.

Como problemas prevalentes na UBS, podemos destacar: má adesão ao tratamento entre os pacientes hipertensos e diabéticos (grupo HIPERDIA); grande demanda espontânea no local dificultando o agendamento e o acompanhamento de pacientes crônicos; grande índice de doenças parasitárias; dificuldade na vacinação; área de abrangência grande comparando a complexidade e carência do local; alto índice de patologias que aumenta o risco cardiovascular e uma má adesão ao tratamento pelos pacientes diagnosticados com doenças crônicas (principalmente hipertensão e diabetes). Todos esses problemas identificados influenciam e interferem no funcionamento adequado da Unidade. Todos são importantes e por isso o estabelecimento de prioridades se torna uma tarefa bastante difícil. Contudo, devido à necessidade de estabelecer uma ordem de

importância, organiza-se, da seguinte forma, em ordem decrescente: 1) má adesão ao tratamento dos pacientes do grupo HIPERDIA; 2) grande demanda espontânea no local; 3) área de abrangência grande comparando a complexidade e carência do local; 4) alto índice de patologias que aumento o risco cardiovascular; 5) grande índice de doenças parasitárias;

Assim como foram detectados vários problemas que poderiam ter sido escolhidos como o principal, a má adesão ao tratamento dos pacientes do grupo HIPERDIA foi escolhido como principal por sua ampla complexidade e elevado grau de morbimortalidade na população.

1.4 JUSTIFICATIVA

Este problema foi escolhido, pois, sem o adequado controle destas comorbidades, a qualidade de vida destes usuários é muito prejudicada, levando a vários casos de invalidez de pacientes por complicações destas patologias. Os nós críticos são muitos: o não entendimento sobre a doença e a importância de se ter um bom controle pressórico e glicêmico; pacientes que não sabem ler (o que dificulta bastante na hora da tomada dos medicamentos); alguns alegam ainda que “não gostam de tomar tanto remédio”, e a falta de alguns medicamentos na unidade (captopril, hidroclorotiazida, furosemida, losartana, metformina, glibenclamida, AAS, sinvastatina entre outros)”.

Outros “nós” ainda podem ser encontrados, como a resistência dos pacientes mais idosos em tomar medicações que não são “naturais”; o não entendimento da necessidade da tomada diária das medicações e principalmente o não entendimento do auto-cuidado. A grande maioria dos pacientes não percebe que são tão responsáveis pelo sucesso do seu acompanhamento quanto o médico ou o remédio que toma. Desta forma, não mudam hábitos de vida (não praticam exercício, não adotam hábitos alimentares saudáveis, ingerem sal e açúcar em excesso etc), tampouco se importam em fazer uso da medicação corretamente.

Algumas soluções para este problema passam diretamente pela gestão municipal, como: a irregularidade da distribuição dos medicamentos e a falta de alguns deles; a baixa escolaridade da população e a deficiência de uma contra referencia para os pacientes que necessitam de acompanhamento com especialistas como cardiologistas, nefrologistas, endocrinologistas etc. Porém, existem também pontos nos quais a equipe de saúde pode atuar. Principalmente através da educação em saúde, que surge como uma estratégia eficaz com ótimos resultados a curto e longo prazo e sem os custos exorbitantes de estratégias que envolvem um alto grau de tecnologia.

1.5 OBJETIVOS

1.4.1. Geral:

Organizar as ações de educação em saúde como estratégia para maior adesão ao tratamento, pelos pacientes Hipertensos e Diabéticos, na equipe de Saúde da Família de Chã do Miranda e Papa Farinha-Limoeiro de Anadia.

1.4.2. Específicos:

Promover a educação em saúde entre os pacientes.

Estimular no paciente a ideia de autocuidado e a responsabilização sobre o sucesso do próprio tratamento.

Informar a população sobre a importância em mudanças nos hábitos de vida: como prática de exercícios físicos, alimentação balanceada e atividades de lazer.

Explicar a importância de um adequado tratamento para prevenção de possíveis sequelas e para uma melhor qualidade de vida.

Ações educativas com as crianças da comunidade como ação de promoção e prevenção futura desses agravos.

Capacitação de toda a equipe de saúde, principalmente dos Agentes de Saúde, para que estes possam atuar como promotores da saúde.

1.6 MÉTODOS

O atual estudo foi desenvolvido através do método de planejamento estratégico situacional (PES), com a elaboração de um plano de intervenção a ser adotado pelo município de Limoeiro de Anadia – AL. A população que fará parte do presente estudo será composta pelos pacientes cadastrados como hipertensos e/ou diabéticos nas Unidades de Saúde Papa Farinha e Chão do Miranda. Trata-se de um projeto de intervenção na melhoria dos índices de saúde nesta população alvo.

Foram utilizados como instrumentos de dados os prontuários, os níveis pressóricos e glicêmicos atuais dos pacientes e o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

Foram utilizados como descritores de saúde para a realização da revisão de literatura nas bases, Lilacz, Pubmed e Scielo os seguinte: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, educação em saúde, promoção e prevenção de doenças cardiovasculares, controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes na ESF.

2. BASES CONCEITUAIS

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus, enquadrados como doenças cardiovasculares, são um problema de saúde mundial. Estas patologias são responsáveis por grandes gastos anuais do governo na área de saúde, pois causam várias mortes e deixam milhares de pessoas em condições de invalidez permanente. É necessário, portanto, um controle rigoroso destas doenças no que tange a promoção à saúde. O controle pressórico adequado e a adequação dos níveis glicêmicos diminuem a morbimortalidade destas patologias e são de grande relevância para a qualidade de vida desta população.

Segundo Marina de Moraes (2009):

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil desde os anos 60, ou seja, em números de hoje, cerca de 300 mil brasileiros por ano são vítimas desse mal. Quanto à sua etiologia, os principais fatores de risco foram identificados por estudos epidemiológicos realizados nos últimos 30 anos, destacando-se o tabagismo, a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia seguidos por diabetes, obesidade e inatividade física.

O Diabetes *Mellitus* inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos de intervenção demonstraram que a obtenção do melhor controle glicêmico possível retardou o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, embora não tenha tido um efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular. (GROSS, 1999).

No Brasil, o estudo mais abrangente sobre a prevalência de diabetes *mellitus* foi realizado em 1988, em nove capitais brasileiras. A prevalência estimada de diabetes, ajustada para idade, variou de 5,2% a 9,7% nos diferentes centros urbanos avaliados, sendo que cidades das regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores prevalências.

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

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC) sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. (VI Diretriz Brasileira de hipertensão, Arq Bras Cardiol, 2010)

Devido ao alto número de pacientes encontrados em situações inadequadas de tratamento (medicações não administradas ou administradas inadequadamente, alta ingestão de sal e gorduras, não adesão há atividades físicas) torna-se evidente a urgente elaboração de um plano de ação para este grupo. Este plano terá como principal expoente a educação em saúde, com o intuito de estimular a co-responsabilidade do paciente com o intuito de fazê-lo refletir que é o ator principal de seu próprio cuidado, reforçando sua autonomia, além de resgatar a boa relação entre usuário e equipe.

A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das moléstias, minimizando o sofrimento e a incapacidade. É importante que o profissional de saúde saiba identificar quais problemas necessitam de um trabalho de educação em saúde. O sujeito portador de necessidades é sempre biológico, social, e subjetivo. O sujeito é também histórico. Por isto, a avaliação não deve ser somente epidemiológica, mas também social e subjetiva. As situações nas quais a educação em saúde se aplica são aquelas que exigem uma participação ativa do sujeito, possibilitando a transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com os problemas de saúde. (TELESAÚDE – RS, Telesaúde Brasil. Educação em Saúde)

A pesquisa de artigos científicos na base de dados da Cochrane apontou poucos artigos sobre a eficácia do trabalho em grupo em APS. Um destes estudos foi realizado por Deakin *et al* (2005)

que desenvolveu uma revisão sistemática com ensaios clínicos controlados que avaliaram programas de grupos educativos com Diabetes mellitus tipo 2 em comparação com a rotina de tratamento. Estes autores concluíram que o grupo de educação para autoconhecimento e gestão de cuidados em pacientes com diabetes tipo 2 foi eficaz na melhoria das taxas de glicemia em jejum e hemoglobina glicada, na redução dos níveis de pressão arterial sistólica e do peso corporal, bem como na exigência do uso de medicação (DEAKIN *et al*, 2005). (TELESAÚDE – RS, Telesaúde Brasil. Educação em Saúde)

O trabalho de grupos em atenção primária à saúde (APS) é uma alternativa para as práticas assistenciais individuais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa. (TELESAÚDE –RS, Telesaúde Brasil. Educação em Saúde)

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas, angústias. (TELESAÚDE –RS, Telesaúde Brasil. Educação em Saúde)

Para garantir resultados satisfatórios no processo educativo do controle glicêmico e pressórico dos pacientes do grupo HIPERDIA, deve-se ter em mente que o foco do trabalho não está somente no paciente, mas sim em todos aqueles envolvidos com o processo: familiares, profissionais de saúde, gestores etc.

3.PROPOSTA DE AÇÃO

A partir do problema proposto: a má adesão ao tratamento pelos pacientes do grupo HIPERDIA, algumas ações estratégicas foram pensadas para superá-lo. Para cada uma dessas ações, foi criado também um plano, que inclui os atores das ações, metas esperadas, cronograma e avaliação destas ações. Este plano está detalhado na tabela 2.O cronograma está detalhado na tabela 3.

No decorrer do projeto, ocorrerá a capacitação de toda a equipe de saúde através de exposições dialogadas e rodas de conversa para a transformação destes em agentes promotores da saúde. Paralelamente será dado início a atividades com a população. Serão realizadas palestras, roda de conversa e oficinas educativas na sala de espera com a participação da população, enfermeira e

médica da unidade.

Com o grupo do HIPERDIA será criado verdadeiramente um grupo com reuniões mensais para discussões com estes pacientes sobre o tema. Nestas reuniões serão distribuídos materiais educativos sobre promoção e prevenção à saúde. Nestes encontros inicia-se o processo de conhecimento sobre o tema, com um tempo para que os pacientes possam explicitar seus conhecimentos e dúvidas sobre o assunto. Após este momento, haverá a conversa entre equipe e pacientes e a elaboração dos principais problemas encontrados. Nas reuniões seguintes serão abordados os principais problemas com dinamização dos temas.

Serão realizados também eventos educativos na Unidade de Saúde para toda a população como: dia de café da manhã com palestras educativas sobre alimentação saudável, comemoração com dinâmicas nos dias da Hipertensão e diabetes entre outros.

Outra atividade será a criação de um grupo de caminhada das Unidades de Saúde. Haverá primeiramente a avaliação dos pacientes pelos educadores físicos do NASF e posteriormente a realização desta atividade física três vezes durante a semana.

Por fim, no fim do ano programado Será realizado no final do projeto “Dia do Grupo HIPERDIA”, nas unidades com ações educativas e de lazer voltadas inteiramente para este grupo.

Tabela 2: Processo (ou método) de organização do projeto de intervenção.

| Operações | Equipe | Ações | Metas | Recursos | Avaliação |
|---|---|--|--|--|---|
| Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão e diabetes. | Médica; enfermeira; téc. de enfermagem e ACSs. Líder comunitário | Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão e diabetes ; Campanhas educativas; Palestras na sala de espera. Capacitação da equipe, usuários e | População mais informada sobre a hipertensão e o diabetes. | Folders, banners do MS; Dinâmicas, audiovisuais; Roda de conversa. | Durante as reuniões realizar avaliações sobre o grau de conhecimento do doentes sobre as patologias |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| | | cuidadores. | | | |
| Incutir no usuário a ideia de responsabilidade sobre a própria saúde e sucesso de seu tratamento. | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS. | Avaliar o conhecimento do usuário sobre o tema do autocuidado e também sobre a doença. Capacitação de usuários e cuidadores. Ações educativas com os usuários. | Maior adesão ao tratamento por parte da população. | Folders, banners do MS Didáticas Dinâmicas; Audiovisuais; Roda de conversa Grupo de caminhada | Acompanha- mento dos níveis pressóricos e glicêmicos |
| Melhorar o atendimento prestado pela equipe para estes usuários. Criar formas de facilitar o entendimento sobre os horários e a identificação das medicações. | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS. | Avaliar se os pacientes reconhecem as medicações prescritas. Avaliar o grau de entendimento de sua prescrição; se a tomada dos medicamentos está sendo feita corretamente. | Maior adesão ao tratamento por parte da população. | Capacitação da equipe através de cursos oferecidos pela SMS, folders, banners do MS e didáticas audiovisuais | Instituir na unidade um sistema de avaliação de qualidade pelo usuário do tipo :”deixe aqui sua sugestão/reclamação). Auto-avaliação |
| Tentar adaptar da melhor forma possível a medicação com o estilo de vida dos usuários de acordo com a medicação disponível no município. | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, ACS e farmacêutico do município | Avaliar quais medicações estão realmente disponíveis no município; qual o | Provocar no usuário a noção de importância da tomada correta da medicação para o | Medicação disponível pela SMS; Lista atualizada das medicações; Reposição adequada das | Acompanha- mento dos níveis pressóricos e glicêmicos; Reuniões mensais de avaliação com o farmacêutico |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| | | esquema utilizado pelos usuários e a avaliação de troca por esquemas mais favoráveis quando possível. | sucesso do tratamento. | drogas | |
| Esclarecer o gestor da importância da seguridade dos medicamentos para a população. | Médica, enfermeira, farmacêutico e odontóloga | Avaliar a situação do município, saber o porquê das causas das faltas e atrasos da chegada de medicamentos, se por motivos econômicos ou organizacionais. Provocar Incutir nos gestores a responsabilidade sobre a falta da medicação sobre o tratamento da população. | Gestor mais responsável sobre a qualidade de vida da população e com as informações necessárias sobre a importância do tratamento adequado destas patologias. | Relatório sobre o impacto sócio-econômico da hipertensão arterial e diabetes não tratadas e da importância do tratamento medicamentosos; Lista com as medicações mais utilizadas nas unidades | Avaliação mensal das medicações disponibilizadas pela SMS; relatório bimestral sobre o impacto da adesão correta ao tratamento por parte dos pacientes |
| Adoção de uma mudança de estilo de vida com hábitos mais saudáveis. | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS Equipe do NASF. | Programas que estimulem a realização de atividades físicas; Programas de reeducação | Diminuição da ingestão de sal, açúcar e gordura na dieta da população. Redução do sedentarismo entre os | Local para realização das atividades físicas; Recursos humanos: educadores físicos; | Avaliação de medidas antropométricas e dos níveis pressóricos e glicêmicos Contato com a família do paciente para inquérito |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--------------------------|
| | | alimentar. Acompanha mento psicológico | usuários. Aumento da ingesta de alimentos como frutas, verduras e legumes em detrimento de enlatados, condimentad os etc. | fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista Folders, banners do MS, recursos audiovisuais | sobre hábitos de vida |
|--|--|---|---|--|--------------------------|

Continuação Tabela 2

Tabela 3: Cronograma

| Projetos | Responsáveis | 1º trimestre | 2º trimestre | 3º trimestre | 4º trimestre |
|--|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão e diabetes ; Campanhas educativas; Palestras na sala de espera. Capacitação da equipe, usuários e cuidadores. | Médica; enfermeira; téc. de enfermagem e ACSs. Líder comunitário | X | X | X | X |
| Avaliar o conhecimento do usuário sobre o tema do autocuidado e também sobre a doença. Capacitação de usuários e cuidadores. Ações educativas com os usuários. | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS. | X | - | X | - |
| Avaliar se os pacientes reconhecem as medicações prescritas. Avaliar o grau de entendimento de sua prescrição; se a tomada dos | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS. | X | - | - | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| medicamentos está sendo feita corretamente. | | | | | |
| Avaliar quais medicações estão realmente disponíveis no município; qual o esquema utilizado pelos usuários e a avaliação de troca por esquemas mais favoráveis quando possível. | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, ACS e farmacêutico do município | X | X | - | - |
| Avaliar a situação do município, saber o porquê das causas das faltas e atrasos da chegada de medicamentos, se por motivos econômicos ou organizacionais. Provocar, Incutir nos gestores a responsabilidade sobre a falta da medicação sobre o tratamento da população. | Médica, enfermeira, farmacêutico e odontóloga | X | - | - | - |
| Programas que estimulem a realização de atividades físicas; Programas de reeducação alimentar. Acompanhamento psicológico | Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS Equipe do NASF. | X | X | X | X |

Continuação Tabela 3

Os recursos humanos necessários para a realização dos programas propostos é composto pelo grupo de funcionários do próprio município. Da própria UBS participarão: médica, enfermeira, odontóloga, ACSs e técnicas de enfermagem. Do quadro da SMS, que se caracteriza como recursos

de terceiros, virão os seguintes profissionais: nutricionista, psicóloga, educador físico, fisioterapeuta, farmacêutica, secretário municipal de saúde e coordenadora da atenção básica.

Os recursos financeiros serão mínimos e custeados pela SMS, portanto, será um recurso externo. A grande maioria dos materiais necessários já estão disponíveis como: banners, folders, data-show, espaço físicas etc. As despesas adicionais: Xerox, café-da-manhã com pacientes, serão detalhadas em um relatório de despesas e custeadas pela SMS.

Os recursos materiais necessários são: banners, folders, data-show, cartolinas, canetas marca texto, papel A4. Estes são os recursos permanentes. Já os materiais de consumo são: frutas, sucos, bolachas, bolos, entre outros que serão utilizados nos momentos do “café da manha”.

3. CONCLUSÃO

Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são doenças de grande prevalência nas unidades de atendimento estudadas (UBS Chã do Miranda e Posto Papa Farinha). A baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes acarreta uma diminuição na qualidade de vida e uma elevada morbimortalidade.

Realizar um trabalho para a melhora desses índices de adesão torna-se extremamente necessário e imperioso. Neste cenário, surge a educação em saúde e os trabalhos em grupos como agentes transformadores desta realidade.

Após um ano de trabalho e aprendizado na APS, especificamente em uma UBS, é possível perceber o quão importante é a educação em saúde para o sucesso do trabalho implementado. Especificamente, no caso do problema escolhido: a má adesão ao tratamento dos pacientes do grupo HIPERDIA, fica ainda mais visível à importância deste tema.

A partir do modelo biopsicossocial, o paciente deixa de ser apenas um receptor de informações e passa a configurar como ator de seu próprio cuidado. Após esta mudança de visão é possível fazer com que estes pacientes passem a encarar suas patologias e devidos tratamentos com outros olhos e, principalmente, com outras atitudes.

REFERÊNCIAS

- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. ; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2010. 110p.
- FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2009. 68p.
- PETRIBU, M. M. V.; CABRAL, P.C.; ARRUDA, I.K.G. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.22, n.6, p.837-846, nov./dez., 2009
- TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e saúde coletiva.** v. 9, n. 4, p.885-895, 2004.
- LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica.** São Paulo: Roca, v. 2, 2006.
- TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n4, p.885-895, 2004.
- PEREIRA, G. A. B.; ARCHER, R. L. B.; RUIZ, C. A. C. Avaliação do grau de conhecimento que pacientes com diabetes mellitus demonstram diante das alterações oculares decorrentes dessa doença. **Arq Bras Oftalmol.**v.72, n.4. p.481-5, 2009.
- KNUTH, A. G. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.513-520, mar 2009.
- GROSS, J.L.; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev Ass Med Brasil** 1999; 45(3): 279-84.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIAS. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 2010; 95(1 supl.1): 1-51
- TELESAUDE –RS, Rede Telesaúde Brasil. Educação em Saúde: Roteiro para o Trabalho de Grupos em Atenção primária a Saúde. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>. Acesso em: 23 Jan. 2014.